


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung der Herren

Dr. Dr. Professor **Berger** (Breslau), **Buch** (Helsingfors), **Behn** (Hamburg), Professor **Domanski** (Krakau), **Eickholt** (Merzig), **Eisenlohr** (Hamburg), **Engelhorn** (Maulbronn), **Goldstein** (Aachen), **Halbey** (Bendorf), **Hauptmann** (Gleiwitz), **Hinze** (St. Petersburg), **Karrer** (Erlangen), **Krueg** (Oberdöbling bei Wien), **Landsberg** (Ostrowo), **Möbius** (Leipzig), **Müller** (Graz), **Neuendorf** (Sonnenstein), **Nieden** (Bochum), **Obersteiner** (Wien), **Pierson** (Dresden), **Pollak** (Grosswardein), **Rabow** (Pankow), **Reinhard** (Dalldorf), **Rohden** (Oeynhausen), **Rosenbach** (Breslau), **Schäfer** (Pankow), **Schulz** (Braunschweig), **Stenger** (Dalldorf), **Seeligmüller** (Halle a. d. Saale), **Sury-Bienz** (Basel), **Wachner** (Leubus)

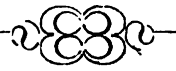
herausgegeben und redigirt

von

Dr. Albrecht Erlenmeyer,

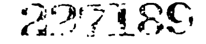
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

III. Jahrgang 1880.



Commissionsverlag von Georg Böhme in Leipzig.

Verzeichniss der Originalarbeiten.





Ein genaues alphabetisch geordnetes Inhalts-Verzeichniss der 329 Referate findet sich am Ende des Blattes.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von

Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Alle 14 Tage eine Nummer.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. 1. Januar 1880. Nro. 1.

INHALT.

An unsere Leser.

Gleichwie auf seinen ersten Jahrgang kann das CENTRALBLATT auch auf das abgeschlossene zweite Jahr als auf eine Zeit von reichen Erfolgen zurückblicken.

Es ist eine weitere Anzahl *tüchtiger Mitarbeiter* beigetreten, eine grössere *Reihe von Zeitschriften und Journalen* ist dadurch dem Referat zugänglich geworden; die Einführung der *Personalien* fand allseitigen ungetheilten Beifall, desgleichen die der *„Verschiedenen Mittheilungen"*; das *14tägige Erscheinen* des Blattes war immer möglich; die Anzahl der *Abonnenten* hat sich mehr als verdoppelt, und ist noch beständig im Wachsen.

Wenn *Nervenheilkunde* und *Psychiatrie* stets die volle Würdigung und genügende Repräsentation in unserem Blatte gefunden haben, so kann das von der *gerichtlichen Psychopathologie* nicht gesagt werden und wir constatiren offen und rückhaltlos eine gewisse stiefmütterliche Behandlung dieser Materie. Es liegt das aber nicht allein an der Redaction sondern an der Materie selbst, die sich sehr schwer zu kurzen Referaten eignet.

Sollte nun desshalb dieser höchst werthvolle und belehrende Theil unserer Wissenschaft aus dem Bereiche des Centralblattes entfernt werden? Wir haben diese Frage mit *Nein* beantwortet, und eine Aenderung dieser Angelegenheit nicht durch Tilgung sondern durch Besserung beschlossen, und werden die gerichtliche Psychopathologie von diesem Jahrgange ab mehr cultiviren als bisher.

Die Herren Kreisphysiker Dr. Dr. Hauptman in Gleiwitz, Landsberg in Ostrowo und Litthauer in Schrimm werden als weitere Referenten dieses Faches thätig sein; ausserdem werden wir *Originalarbeiten* aus diesem Fache bringen und zwar in Form von *Beilagen* zu dem Centralblatte, um, bei der unvermeidlichen Grösse dieser Arbeiten den Raum des Blattes nicht auf Kosten der anderen Fächer zu sehr zu beschränken. Die nöthigen Verbindungen mit anerkannten Autoren haben wir angeknüpft und bringen als erste Beilage ein Gutachten des Kgl. Kreisphysicus Herrn San.-Rath Dr. Beckmann in Harburg: *Querulantenwahnsinn* oder *geistige Gesundheit?*

Eine Erhöhung des Abonnementspreises lassen wir vorläufig deswegen nicht eintreten. —

Ein weitere Neuerung soll darin bestehen, dass das Centralblatt ein *Verzeichniss aller deutschen Spezialärzte für Nervenheilkunde und Electrotherapie aufstellen wird*, womit einem von *verschiedenen* Seiten ausgesprochenen Wunsche entsprochen und, wie wir anerkennen auch einem Bedürfnisse abgeholfen werden soll. Dies Verzeichniss wird so arrangirt werden, dass die Ortsnamen in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt und die Namen der Electrotherapeuten dabei angegeben werden. Wir bitten, um dieses Vorhaben möglichst genau ausführen zu können, *um allseitige reichliche Unterstützung.*

Den Wunsch, das Literaturverzeichniss zu vergrösseren und auch diejenigen Journal-Arbeiten aufzuführen, die nicht referirt werden, müssen wir ablehnen, da sowohl Schmidt's Jahrbücher, als die *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie* dies in vollkommener Weise thun.

Möge auch in dem heute begonnenen dritten Jahrgange das Centralblatt sich immer mehr Freunde erwerben, und durch immer reichlich fliessende Beiträge in den Stand gesetzt sein, allen *gerechten* Anforderungen zu genügen.

Die Redaction.

I. Originalien.

Ein Fall von Aphthongie.

Von Dr. MOSSDORF in Dresden.

Aus einem Vortrage über Sprachstörungen, gehalten in der Gesellschaft für Natur und Heilkunde in Dresden.

Die meisten Sprachstörungen sind als Complication cerebraler Laesionen aufzufassen und bieten deshalb nicht ein in sich abgeschlossenes Krankheitsbild dar, kommen deshalb auch selten zur ein-

seitigen Behandlung. Nur wenn eine pathologische Veränderung der Nerven oder Muskeln, die zum Sprechacte allein nöthig sind, angenommen werden kann, oder wenn die Symptome der Krankheit sich nur auf die Sprachstörung beschränken, jedes weitere Umsichgreifen auf andere Nervenbahnen aber auszuschliessen und gar andere Organstörungen nicht zu gewärtigen sind, kann von einer Sprachstörung als Krankheit für sich die Rede sein.

Zu solchen gehören, ausser den durch Bildungsfehler oder Neubildungen bedingten die beiden spasmodischen Neurosen, das Stottern und die Aphthongie. Nach Kussmaul (Störungen der Sprache in der Pathologie von v. Ziemssen XII. Band, Anhang pag. 238) hat Fleury mit diesem letzteren Namen Krämpfe im Hypoglossusgebiete bezeichnet, die sich bei jedem Versuche zu sprechen einstellen und dasselbe unmöglich machen.

Da wenige Beobachtungen dieser Art bekannt sind, gestatte ich mir die Beschreibung eines solchen Falles zu veröffentlichen.

Arthur Clemens Boehmer aus Mockethal bei Pirna wurde mir am 26. October 1876 von Herrn Dr. Mejo zur Behandlung zugeschickt und durch seinen Vater zugeführt, der mir dann sogleich mittheilte, sein Sohn könne nicht sprechen.

Als ich den jungen 17jährigen äusserst musculösen Menschen aufforderte, er solle mir ohne Scheu seinen Namen sagen, nahm er einen gewissen Anlauf zum Sprechen, aber im Moment des Aussprechens, noch ehe er einen Laut gethan, stockte gewaltsam mit hörbarer Inspiration der Sprechactus. Er hörte dabei auf zu athmen, schien Schluckbewegungen machen zu wollen, um von dem ihn befallenen Krampfe los zu kommen, fing dann bald an wieder ruhig zu athmen, bewegte die Lippen, aber der scheinbar gehobene Krampf begann sofort wieder, wenn er von Neuem versuchen wollte die schuldig gebliebene Antwort zu geben.

Der Fall erinnerte mich sofort an einen ähnlichen, mir früher zur Behandlung übergebenen, der eine Sprachstörung in Folge Krampfes im Gebiete des Facialis darbot, und dessen Beschreibung ich des Resultates der Behandlung wegen in möglichster Kürze hier einzuschalten mir erlauben möchte.

Ein 16jähriger Mechanicuslehrling litt seit seinem 12. Jahre an Krampf im Gebiete des rechten Facialis, der plötzlich nach einer unerwartet ihm vom Lehrer verabreichten Maulschelle eingetreten war und seitdem bei jedem Moment des Sprechens sich einstellte. Der Kranke bot dadurch einen höchst lächerlichen Anblick, denn er riss den Mund weit auf, verzog den Mundwinkel stark nach rechts und indem er auch den Kopf nach der rechten Seite warf, machte er den Eindruck, als wolle er nach Etwas beissen. Bald legte sich der Krampf, der Kranke konnte ruhig seine Rede beginnen, bis meist beim Beginn eines neuen Satzes der Krampf sich von Neuem einstellte. Gegen den 4 Jahre bestandenen Zustand war ausser thierischem Magnetismus nichts gethan worden. Ich habe ihn fast 6 Monate electrisch behandelt: Anfangs mit dem Inductionsstrom und einzelnen Inductionsschlägen, dann mit dem constan-

ten Strome, negativer Pol peripher, stabil und labil, dann mit dem positiven Pole ebenso, ohne irgend eine Aenderung zu erzielen. Erst bei der Behandlung mit dem constanten Strom quer durch den Kopf, positiv an der kranken Seite stellte sich Besserung ein und ich habe den Kranken schliesslich als geheilt entlassen können.

Die Erinnerung an solch günstiges Resultat veranlasste mich den Kranken in Behandlung zu nehmen, dessen Krankengeschichte hier folgt:

Boehmer ist 1859 gesund geboren, von seiner Mutter circa 12 Wochen gestillt worden und hat leicht gezahnt. Nervenkrankheiten sind weder in des Vaters noch in der Mutter Familie beobachtet worden. Er lernte langsam und schwer reden, aber bis zum 6. Jahre sprach er vollkommen normal. Im angehenden 6. Jahre hatte er einen bedeutenden Schreck, der durch einen plötzlich auf ihn losstürzenden Hunde verursacht wurde. Ob der Anfang seiner Sprachstörung auf dieses Ereigniss zurückzuführen sei, kann der Vater nicht mit Sicherheit angeben, doch versichert er, dass seines Sohnes Sprache bei dem Eintritte in die Schule, der bald nachher erfolgte, nicht so geläufig, wie früher gewesen und er darin andern Kindern affallend nachgestanden sei. Im 9. und 10. Jahre erhielt er in der Schule oft Strafen, weil er nicht antwortete, welcher Fehler schliesslich als krankhaft und zwar als Stottern aufgefasst wurde. Sein Vater gab ihn deshalb in seinem 11. Jahre zu dem Spezialarzt für Stotterer Dr. Eich in Dresden, bei dem er 5 Monate verblieb und viel gebessert entlassen wurde. Nach der Rückkehr in das Elternhaus hat sich aber schnell wieder die Sprachfähigkeit verschlechtert, so dass er nur Gedichte geläufig aufsagen konnte, wenn er einmal über den Anfang weggekommen war. Das gute Resultat, das bei Herrn Dr. Eich erzielt wurde, war nicht von Dauer, wozu wohl bei seiner Thätigkeit als Oekonom die geringe Gelegenheit zum Sprechen beigetragen haben mag. Wurde ihm zuerst fremden Menschen gegenüber eine Antwort zu geben unmöglich, so konnte er schliesslich auch zu seinen Eltern nicht mehr sprechen, ja sogar das laute Lesen ohne Gegenwart Anderer machte ihm grosse Schwierigkeiten. Diese traurige Lage machte den sonst gesunden Menschen schwer melancholisch und er hat 3 Mal Selbstmordversuche gemacht, die glücklich vereitelt wurden.

Der Kranke ist ein kräftiger Mensch von gesunder Gesichtsfarbe, alle Organe sind gesund, der Gesichtsausdruck lebhaft und doch etwas schüchtern. Die Zunge ist frei beweglich, die Bewegungen der Lippen und der übrigen Gesichtsmuskulatur durchaus normal.

Ich liess den Kranken entkleiden, um etwaige Krampfformen beim Sprechact zu beobachten. Sowie er auf meine Frage antworten wollte, kamen die Muskeln des Zungenbeines in einen tonischen Zustand, ebenso die Bauchmuskeln, das Athmen hörte momentan auf, der Mund konnte leicht geöffnet werden, dabei sah man die Zunge gleichfalls im tonischen Zustande, mit der Spitze fest an die untere Zahnreihe, mit der Wurzel am Gaumen fest angedrückt. Nach kurzer Zeit löste sich die Spannung der Bauchmuskeln, er fing

an wieder zu athmen, die Zunge aber verharrte, ebenso die Zungenbeinmuskulatur im tonischen Krampfe. Forderte ich ihn in diesem Momente von Neuem auf zu reden, kamen sofort die Bauchmuskeln in Spannung und der Athem stockte. Verlangte ich, dass er während dieses Krampfes die Zunge vorstreckte, so konnte er das schnell thun, und jeder Krampf war mit dem Acte des Vorstreckens beseitigt.

Einmal forderte ich ihn auf, er solle sagen „B o e h m e r heisse ich", und ich wartete ab, ohne mich um ihn zu kümmern, bis ihm das möglich war. Nach circa 10 Minuten sagte er mit grosser Ruhe und sehr deutlich, „B o e h m e r heisse ich". Wie oft er dazu Anlauf genommen haben mag, weiss ich nicht.

Am 2. November 76 habe ich die electrische Behandlung des Kranken begonnen und zwar in Rücksicht auf den günstigen Erfolg des vorher erwähnten mit galvanischen Strömen quer durch den Kopf, von einer Stärke bis Schwindelanfall eintrat. Nystagmus war dabei nicht zu beobachten. Ausserdem wurde die Halsmuskulatur und die des Bauches. soweit sie sich am Krampfe betheiligte faradisirt, und zwar häufig mit einzelnen Inductionsschlägen. Im ersten Monate trat keine Veränderung ein. Im zweiten Monate begann ich noch die Phrenici zu reizen, weil ich das Zwergfell als mehr oder weniger betheiligt vermuthete. Als er auch am Ende dieses Monats noch schweigend kam und schweigend ging, begann ich im Januar 1877 die Wirbelsäule mit constanten kräftigen Strömen zu bearbeiten, so dass ich den positiven Pol dicht am Hinterkopf applicirte und langsam die Wirbelsäule mit dem nagativen auf u. abging bis zum 10. Brustwirbel. Schon nach circa 6 Sitzungen fiel mir auf, dass er mich begrüssen konnte und wie viel leichter ich eine Antwort auf meine Fragen bekam. Die Besserung der Sprache nahm sichtlich zu. Im Februar kam er seltener und Mitte März suchte er bereits wieder den Umgang seiner Altersgenossen auf, den er schon lange gemieden hatte, und machte nun eine Pause der Behandlung von 3 Wochen. Durchaus nicht verschlechtert stellte er sich Mitte April wieder zur Behandlung, die bis Ende Mai fortgesetzt wurde. Er konnte jetzt schon Unterhaltung führen und wenn er auch mit einer Antwort etwas warten liess, so blieb er doch keine schuldig. Von den Krampfzuständen war wenig noch zu bemerken, nur zog sich oft die Zunge zurück und der Athem stockte wenige Secunden. Vom 1. Juni bis Anfang December 77 hatte er die electrische Behandlung ganz ausgesetzt und ich verordnete ihm in diesser Zeit fleissig Bromkalium zu nehmen bis 2,0 pro die. Im Septbr. sah ich ihn im gleichen Stadium, wie Ende Mai, das Bromkalium schien ganz ohne Wirkung genommen worden zu sein. Im December kam er wieder mehrere Male zur electrischen Sitzung. Da die Sprache aber noch sehr oft erschwert war, wenn er in Verlegenheit kam, zumal wenn er Mädchen gegenüber stand, z. B. auf dem Tanzboden, so entschloss er sich noch einmal zu einer fleissigeren Cur für die Monate Februar und März 1878. Der Erfolg war denn auch ein recht guter, so dass ich ihn wohl als geheilt entlassen konnte; auch sein Vater versicherte mir, dass er ihn in seiner Oekonomie zu allen Aufträgen, ja sogar an seiner Statt zu Aufträgen bei dem Gerichtsamte verwenden könne.

Im Winter 78 zu 79 erkrankte er an einem eitrigen sehr ausgedehnten pleuritischen Exsudate, weshalb er nach Reiboldsgrün während des Sommers dirigirt wurde. Im October 79. stellte er sich mir wieder vor und war an seiner Sprache kaum eine Störung zu bemerken. Jeder andere würde die langsamere oft stossende Sprache nur auf sein schüchternes Wesen, das ihm stets eigen war geschoben haben.

Bei dem hier eingeschobenen Fall von Krampf im Facialisgebiete dürfte ich wohl eine Läsion im peripheren Verlauf des Facialis annehmen, da die Krankheit plötzlich nach einem, wenn auch scheinbar noch so geringen Trauma, einer Maulschelle, entstanden war. Die erfolglose periphere Behandlung des facialis, mehr noch aber der auffallend günstige Erfolg der centralsten Behandlung, die ich wohl einschlagen konnte, veranlasste mich nachträglich den Sitz in das Grosshirn zu verlegen, entstanden durch den psychischen Chock, den diese unverhoffte Strafe mit sich geführt hatte. Bei dem Falle von Aphthongie konnte nur an einen psychischen Chock als Ursache der Krankheit gedacht werden, dem Ueberfall durch einen Hund, denn ein trauma lag nicht vor, oder aber die Krankheit hätte sich spontan entwickelt. Da der Sitz der spastischen Erregungen der Hypoglossi in den beschriebenen Fällen stets in das Grosshirn verlegt wurde, habe ich nicht gezögert sogleich die centrale Behandlung quer durch den Kopf vorzunehmen, denn es war mir zweifellos, dass ich es mit einem Krampf im Gebiete des hypoglossus zu thun hatte, der selbstständig für sich bestand. Die plötzlich eintretende Stellung der Zunge und zugleich der tonische Zustand des musculus sternohyoideus gab einen Reizzustand beider hypoglossi an die Hand. Den Krampf in den Bauchmuskeln und die Athemretention fasse ich als reflectorisch auf, vielleicht, dass auch das Zwergfell betheiligt war, dessen Nerv zuweilen einen kleinen Ast vom hypoglossus aufnehmen soll. Durch die erfolglose Behandlung quer durch den Kopf, verbunden mit peripherer Reizung einzelner Muskeln und Nerven, besonders aber durch das genauere Studium der Arbeit über Sprachstörungen von Kussmaul, das mich darauf aufmerksam machte, dass die sensorischen Fasern und Ganglien, die zur Sprache nothwendig sind, vom Sehhügel aus sich nach rückwärts wenden und vorher ein grosser Theil der sensorischen Fasern vom Fusse aus direct in den Stabkranz und die lobuli occipitales umbiegen und sich bis zu den Hintersträngen des Rückenmarks erstrecken, wurde ich veranlasst die Behandlung an der Wirbelsäule mit dem absteigenden Strom vorzunehmen. Der hierdurch erzielte, nicht wegzuleugnende Erfolg veranlasst mich nun den Sitz dieser Aphthongie in die eben bezeichneten sensorischen Fasern zu verlegen.

II. Referate.

1) **J. Ott und G. B. Wood Field**: A new function of the optic thalami. (The journal of nervous and mental diesease, 1879. N. 4. S. 654).

Im Anschlusse an eine frühere Arbeit, in der Ott gezeigt hat, dass in den Thalami optici sich Hemmungscentren für die rhyth-

mische Thätigkeit des sphincter ani und der Vagina befinden, wurde eine Untersuchungsreihe an Kaninchen und Katzen angestellt, um etwaige Hemmungscentren im Gehirn für die Peristaltik der Därme aufzufinden. Es wurden bei den aufgebundenen und aetherisirten Thieren zwei Trepanlöcher direct über den Thalamit optici angelegt und dann bis an die Spitze mit Siegellack isolirte Elektroden in die Sehhügel eingeführt. Nachdem das Abdomen unter gewissen Cautelen geöffnet und die bestehenden Bewegungen der Därme bestimmt waren, wurde der eben an der Zunge fühlbare (secundäre) Strom eines mit einem Zinkkohlenelemente armirten Inductionsapparates vermittelst der Elektroden in das Hirn eingeleitet, worauf sofort die Dünndärme erschlafft zur Ruhe kamen. Nach Ansicht der Verff. und mit Rücksicht auf einige Controlexperimente kann die Hemmung der Peristaltik nicht von einer Reizung der Vasomotoren herrühren, um so weniger als der Darm bei der Reizung nie blass wurde; auch muss das Centrum auf die Thalami beschränkt sein, da Erregung der vor oder hinter diesen gelegenen Hirnpartieen keinen hemmenden Effekt hatte. Bei Durchschneidung hinter den Thalami bei Katzen (vermittelst einer besonderen Operationsmethode.) wurden die peristaltischen Bewegungen der Därme bedeutend stärker. Am Schluss ihrer Abhandlung heben die Verff. die Analogieen zwischen Darm- und Herzbewegungen hervor, (wie dies Pflüger bekanntlich schon gethan hat).

Rosenbach (Breslau).

---

2) **Dieselben**: A new function of the corpora quadrigemina.

(Ibidem, 685.)

Verff. versuchten den Sitz eines Hemmungsmechanismus für die Schweisssecretion zu finden, nachdem der eine von ihnen über diese Secretion bereits Versuche angestellt hatte, deren Resultate im Journal of physiology, Vol. II. N. 1. 1879 niedergelegt sind. Es war festgestellt worden, dass bei der Katze die der Schweisssecretion dienenden Fasern in den Seitensträngen des R.-M. verlaufen, dass die Zellen der Schweissdrüsen mikroskopisch Veränderungen zeigen, je nachdem sie thätig oder unthätig sind — im ersteren Falle sind sie kleiner, mehr granulirt, stärker mit Carmin färbbar, — dass ferner ein peripher gelegener Hemmungsapparat für die Schweisssecretion besteht — Reizung des Ischiadicus hebt die Pilocarpinwirkung an der Pfote auf, ebenso wie locale Reizung an der Fusssohle — dass endlich die grossen multipolaren Ganglienzellen der Schweissdrüsen (Coyne) einen Theil des Hemmungsapparates bilden und dass nach Durchschneidung des Ischiadicus die secretorischen Fasern länger wirksam bleiben als die motorischen. Nach dem Absterben der ersteren ist Muscarin — nicht aber Pilocarpin — noch im Stande die Thätigkeit der Schweissdrüsen hervorzurufen.

Zu ihren neuen Versuchen benutzten die Verff. junge Katzen, denen eine concentrirte Lösung von Chromsäure vermittelst einer Pravaz'schen Spritze in verschiedene Hirntheile eingespritzt wurden. Die Verletzung war stets ohne Einfluss auf die Schweisssecretion,

ausser wenn die corpora quadrigemina getroffen waren; dann hörte die Schweissabsonderung sofort und für einige Tage auf. Auch hier können, wie Verff. urgiren, vasomotorische Phänomene nicht concurriren, da der eine von ihnen nachgewiesen hat, dass „Circultationsveränderungen kaum irgend einen Effect auf die Schweisssecretion ausüben·“ (! Ref.) Die Schweissdrüsen sind auch später noch im Stande zu secerriren; wie der Einfluss der Asphyxie — die Kohlensäure scheint für sie ein starker Reiz zu sein — beweist. Ebenso wie Reizung durch Chromsäureherde wirkt die Application des elektrischen Stromes auf die corpora quadrigemina. Durch die Entdeckung des Schweisssecretionshemmungscentrum wird es, wie Verff. ausführen erklärlich, warum die Haut heiss sein kann, ohne zu schwitzen. Denn wenn auch Hitze ein Reiz für die Secretionscentren ist so wird doch durch das giftige Agens des Fiebers (the poison in fever) der Hemmungsapparat in Thätigkeit gesetzt. (Ref. hat es für inopportum gehalten die Bemerkungen, welche sich bei der Lecture der eben referirten Arbeit jedem, mit der deutschen Literatur Vertrauten aufdrängen müssen in das Referat einzuflechten.)

R o s e n b a c h (Breslau).

---

3) **Hermann Schlesinger** (Göttingen): Die cystenförmigen Erweiterungen (Lymphangiektasien) der Hirnrinde.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenk. B. X. 1. Heft 1879.)

Verf. theilt nach Erwähnung der von R i p p i n g, W i e s i n g e r, A d l e r und A r n d t über die Natur und Genese der cystenförmigen Erweiterungen in der Hirnrinde aufgestellten Ansichten eine neue Beobachtung dieser eigenthümlichen Veränderung mit. Das fragliche Gehirn gehörte einer Geisteskranken der Göttinger Irrenanstalt an. Bei der Sektion wurde an demselben — abgesehen von einem mässigen Hydrocephalus externus — nichts Abnormes bemerkt. Dagegen fanden sich an der Oberfläche des in Alcohol gehärteten Gehirns überall zahlreiche kreisrunde Löcher von verschiedener Grösse. Verf. macht sich die Mühe diese Löcher in den verschiedenen Abtheilungen des Gehirns zu zählen und ihren Abstand von einander anzugeben. Bei der mikroscopischen Untersuchung liess sich ausser der Cystenbildung keine pathologische Veränderung nachweisen. Die Wand der Cysten war nirgends mit einer Membran oder Epithel bekleidet, sondern nur durch die umgebende Hirnsubstanz gebildet. Es zeigte sich, dass die Cysten in Zusammenhang standen mit perivasculären Lymphräumen und Ausbuchtungen derselben darstellten. Verf. verwirft demnach die Ansicht W i e s i n g e r's, dass die Cysten aus einer Vergrösserung der pericellulären Räume hervorgehen, sowie diejenige A r n d t's, dass dieselben Kunstproducte seien und schliesst sich R i p p i n g und A d l e r an, die in jenen Cysten Erweiterungen der perivasculären Lymphräume sehen. Die Ursache der Lymphstauung sucht Verf. einmal in dem hohen Druck eines beträchtlicheren Hydrocephalus, dann in der — ausnahmsweise länger persistirenden — Anhäufung von Lymphkörperchen in den Lymphräumen des Gehirns.

E i s e n l o h r (Hamburg).

---

4) **Merklin**: Studien über die primäre Verrücktheit.
(Inaugural-Dissertation, Dorpat 1879.)

Verf. giebt zunächst einige erläuternde Vorbemerkungen, in denen er die Fortschritte der Psychiatrie den Reformbestrebungen in der Classification der Psychosen zuschreibt und der klinischen Methode warm das Wort redet. Er hält für nothwendig die in der neueren psychiatrischen Literatur laut gewordenen Angriffe gegen die auf klinischer Grundlage vorgenommenen Reformerstrebungen kurz abzuwehren, da auch seine Arbeit den symptomatologisch-klinischen Weg nicht zu verlassen gedenkt. Er wendet sich hauptsächlich gegen J. Weiss.*) der die klinische Methode für werthlos erklärt, da das veränderte cerebrale Geschehen durch dieselbe dem Verständniss nicht näher gerückt werde, dagegen aber die physikalische Betrachtung, wie sie die Psychophysik übt, der einzig richtige Weg sei. Verf. hebt hervor, wie Weiss selbst die Uebertragung der Principien der Mechanik des Gehirnlebens zur Erklärung der krankhaften psychischen Vorgänge für noch nicht zeitgemäss hält, dann aber meint Verf., und mit Recht, dass die Irrenärzte zunächst sich der eigentlich psychiatrischen Forschung zu widmen hätten und bei dem massenhaft angehäuften Material wenig Zeit behalten dürften den Fortschritten der Psychophysik zu folgen. So mangelhaft auch die klinische Methode noch ist, da sie leider noch nicht vermag schon intra vitam den pathologisch anatomischen Vorgang zu bezeichnen, so kann doch nicht geleugnet werden, dass die klinischen Reformbestrebungen in hohem Grade zur Präcisirung der Prognose beigetragen haben. Weiss, der die cerebralen Grundzustände der Psychosen physikalisch zu erfassen versuchte, giebt selbst an, dass durch diesen Versuch Krankheitsformen nicht begründet seien; Krankheitsformen sind aber ein unabweisbares Bedürfniss in der heutigen Psychiatrie und wenn diese Formen, nur ganz empirisch abgegrenzt werden können so ist auf den Entwicklungsgang der übrigen Medicin hinzuweisen, welche solche Formen besass, lange bevor durch die pathologische Anatomie und Physiologie ein tieferes Verständniss der krankhaften Erscheinungen angebahnt wurde. (Eine Wahrheit die Kahlbaum seit Jahren seinen Schülern eindringlich ans Herz gelegt hat. d. Ref.).

Verf. giebt nun eine kurze geschichtliche Skizze über die Entwicklung der Lehre von der primären Verrücktheit und ersieht daraus, dass jetzt allgemein das Bestehen einer Psychosengruppe anerkannt wird, welche ohne affective Grundlage, primär das Vorstellungsleben ergreift, durch Sinnesdelirien und Wahnvorstellungen charakterisirt ist und lange bestehen kann, ohne zu psychischer Schwäche zu führen. Er nennt sie dem Vorschlag von Griesinger, Sander, Westphal gemäss Verrücktheit. Auch Esquirol wie Morel kannten die primäre Natur dieser Krankheitsbilder.

Die ätiologischen Angaben des Verf. stützen sich auf 60 Krankheitsfälle (30 Männer, 30 Frauen). Nach Hertz und Feaux soll

---

*) Werth und Bedeutung der Reformbestrebungen in der Classification der Psychosen. Stuttgart 1877.



das weibliche Geschlecht ein grösseres Contingent von Verrückten aufweisen. Verf. glaubt diese Präponderanz mit Reserve aufnehmen zu müssen. In Bezug auf das Lebensalter in dem die von primärer Verrücktheit Befallenen standen, bestätigt sich bei des Verf. Zusammenstellung, die schon anderweitig vielfach gemachte Beobachtung, dass das jugendliche Alter und demnächst die weibliche Involutionsperiode für diese Form disponiren, während im senium selten primäre Verrücktheit auftritt. Die Häufigkeit der hereditären Belastung bei an Verrücktheit erkrankten Individuen weisen auch des Verf. Beobachtungen nach. Bei 28 unter den 60 Fällen liess sich dieselbe mit Sicherheit constatiren. Was die speziellen Schädlichkeiten betrifft, durch welche die Verrücktkeit bei einmal bestehender individueller Praedisposition hervorgerufen wird, so ergiebt sich dem Verfasser, dass eine grosse Summe von einzelnen psychischen und meist somatischen Ereignissen, für die Entstehung verantwortlich gemacht werden kann. Gutsch und Delbrück machen die Einzelhaft verantwortlich, Nasse den Alcohol, Krafft-Ebing die Onanie; letzterem stimmt Verf. seiner Erfahrung nach bei; er hatte 7 Männer und mehrere Frauen bei denen das ätiolog. Moment darauf zurückzuführen war. Das die Verrücktheit ausslösende ätiologische Moment ist ungemein verschieden und durchaus abhängig von der individuellen Praedisposition. Verf. ist es aufgefallen, dass die Anaemie und Erschöpfungszustände des Centralnervensystems bei der Aetiologie eine gewisse Rolle spielen, und erklärte sich so die Entstehung der massenhaften sich wiederholenden Sinnesdelirien.

Verf. geht nun zu der Besprechung der einzelnen Formen der Verrücktheit über, an die er einschlägige Krankengeschichten anreiht. Es erscheint ihm das Bestehen einer Gruppe von Geistesstörungen gesichert, welche sich durch eine primäre Alteration der Vorstellungssphäre durch Wahnvorstellungen und Sinnesdelirien auszeichnet, ohne dass Störungen in der Gefühlssphäre die Krankheit einleiten. Von den zu Tage tretenden Wahnvorstellungen sind die Primordialdelirien der Verfolgung und der Grösse im weitesten Sinne die häufigsten, zeigen in ihrem speziellen Inhalt oft typische Uebereinstimmung und zeichnen sich häufig durch ihre innige Verbindung und Verflechtung aus. Die Störungen in der gemüthlichen und motorischen Richtung, welche bei diesen Psychosen beobachtet werden, sind eine Folge der Wahnvorstellungen. Diese psychischen Affectionen zeigen meist durch viele Jahre ein stabiles Verhalten und gehen nur höchst selten in psychische Schwächezustände über. Man kann diese Gruppe von Geistesstörungen als primäre Verrücktheit oder Verrücktheit bezeichnen. Es sind mehre Arten der Entwicklung der Verrücktheit möglich und zeigen diese auch in ihrem späteren Verlauf als differenzirbare klinische Formen. Mit Berücksichtigung der Entwickelung und des Verlaufs der Krankheit haben des Verf. Beobachtungen fünf solche Formen ergeben, die *einfache chronische*, die *acute*, die *hypochondrische* die *hysterische* und *originäre* Verrücktheit.

Die *einfache chronische* Verrücktheit ist die, welche sich ohne eine vorhergehende allgemeine Neurose, ohne hypochondrisches Vorstadium bei einem bis dahin psychisch gesunden Individuum allmälig

entwickelt. Ueber die Art und Weise, wie das gesunde Vorstellungsleben in das krankhafte übergeht fehlen uns sichere Kenntnisse. Für eine Reihe von Fällen steht das primäre Auftreten von Hallucinationen fest, auf welche sich dann die Wahnideen aufbauen, in den meisten Fällen treten Hallucinationen aber erst später auf, wenn die Wahnvorstellungen schon bestehen. Da gesteigerte Affecte von herrschender Dauer bei den Verrückten während der Entwicklung der Krankheit nicht zu beobachten sind, ist es unmöglich anzunehmen, dass die Entstehung der Primordialdelirien durch krankhafte Gemüthszustände begünstigt wird. Vielmehr weist Alles darauf hin, die Genese der Wahnideen hier in einer plötzlichen Veränderung des Vorstellungslebens zu suchen, wie sie schon von Griesinger angenommen wurde. Es handelt sich um das Hereinbrechen gewisser Vorstellungsgruppen die von vorneherein den Charakter von Wahnideen tragen, und indem diese immer von neuem auftreten, stehen sie, „gleichsam wie Gewappnete in der inneren Veste des Bewusstseins, um auf alles, was in den Thoren der Sinne sich zeigt, sich zu stürzen und sich dienstbar zu machen" (Lazarus). Diese krankhaften Erscheinungen in der Vorstellungssphäre, welche den Kern der Krankheit bilden, können kürzere oder längere Zeit latent bleiben. In einzelnen Fällen fühlt der Kranke dunkel die heranziehende Krankheit, ein eigentliches Krankheitsbewusstsein ist aber sonst nie vorhanden. Die auftretenden Wahnvorstellungen verarbeitet der Kranke zunächst selbst, es fällt nur auf, dass er sich isolirt, nachlässig, zerstreut wird, unstät, misstrauisch, unmotivirt reizbar wird, bis plötzlich in verschiedener Weise die Verrücktheit sich enthüllt. In allen Fällen des Verf. waren Verfolgungsideen, Beeinträchtigungsvorstellungen vorhanden und standen im Vordergrunde des Deliriums, die auch bestehen blieben, wenn Grössenvorstellungen und Sexualdelirien dazu kamen. Verf. hält daher die Beeinträchtigungsvorstellungen für charakteristisch sowohl für die chronische, als auch für die hypochondrische und hysterische Form. Die Beeinträchtigungen, Verhöhungen, Verfolgungen sind verschieden, ja nachdem schon Hallucinationen mitspielen oder nicht. Im ersten Fall sind es die Mienen und Bewegungen Anderer, die ihn erbittern, im andern Falle hört er, wie man ihn beleidigt. Oft erblickt der Kranke in seinem Liebsten seine Verfolger, und wird gemeingefährlich. Der Eintritt dieser Kranken in die Anstalt, bietet ein sehr übereinstimmendes Bild, alle kommen mit Protest, wittern Bosheit und Intrigue. Wenige nur hoffen ein Asyl vor Verfolgern zu finden.

(Schluss folgt.)

Neuendorff (Sonnenstein).

---

5) **J. Thorburn:** Case of immediate cure of suicidal mania by the induction of premature Labour.

(The Lancet 1879 Juni 21.)

Eine 32jährige Frau, welche 4 Wochenbetten und zwei Abortus schon durchgemacht hatte, hatte während der Schwangerschaften jedesmal an trüber Verstimmung gelitten, ohne dass jedoch eigentliche Geistesstörung sich ausgebildet hätte. Mit dem Eintritt der sechsten Schwangerschaft trat wieder melancholische Verstimmung

ein (Einbildung, dass sie diesmal sterben müsse) die sich rasch steigerte und mit heftigem Selbstmordstrieb verband. Pat. befand sich in der 12. bis 13. Schwangerschaftswoche, als sie in Behandlung des Verf. trat. Nachdem 4 Wochen lang vergebliche Versuche gemacht waren durch Chloral etc. Beruhigung zu erzielen, wurde am 27. Februar durch Einlegen eines elastischen Katheders die Frühgeburt eingeleitet. Nach Verlauf eines halben Tages war jegliche Krankheitserscheinung verschwunden, Patientin fühlte sich ganz wohl, wünschte aber nun, die Schwangerschaft zum normalen Ende geführt zu sehen und entfernte den Katheder. Anderen Tages waren alle Krankheitserscheinungen wieder da, und nun wurde durch nochmalige Einführung des Katheders die Frühgeburt bewirkt. Mit der Geburt eines 16 wöchentlichen Foetus trat sofort Heilung ein und blieb bestehen. Verf. knüpft noch kurze Bemerkungen an über die Berechtigung der Therapie; den Zusammenhang der Störung mit der Gravidität, wobei er auf die Analogie hinweist, dass Verdauungsbeschwerden Alpdrücken und Somnambulismus, ja Verzweiflung erweckende Gedanken verursachen könnten; ferner, ob das auch hier vorhandene Erbrechen überhaupt als neuralgisches aufzufassen sei, was er bejaht. Karrer (Erlangen).

---

6) **Franzolini:** Die Epidemie der Besessenen in Verzegnis. — L'epidemia di ossesse (istero-demonopatie) in Verzegnis.

(Riv. sp. di fren. et di med. leg. A. V., fsc. I. & II. pp. 89 bis 169.)

Verzegnis ist eine Landgemeinde in *Friaul* am rechten Ufer des *Tagliamento*. Es liegt 330 Meter über dem Meere, nicht stark von Gebirgen eingeschlossen, aber wegen der schlechten Communicationen ziemlich abseits vom Verkehre. Das Land wird meist ohne Beihülfe der Hausthiere bebaut, Hauptprodukt ist Obst. Die Einwohnerschaft, ca. 1800, vertheilt sich auf 4 getrennte Häusergruppen. Mehr als ein Viertel aller Ehen werden bei naher, die meisten andern bei entfernter Verwandtschaft der Brautleute geschlossen, denn diese stammen nicht nur fast immer aus derselben Gemeinde, sondern gewöhnlich auch aus demselben Viertel derselben, so dass nur acht bis zehn Familiennamen in der ganzen Gemeinde existiren. Seit 1871 hat die Bevölkerungsziffer nicht zugenommen. Ein Theil der jungen Männer pflegt temporär auszuwandern, während dieser Zeit fällt den Frauen auch noch die Feldarbeit zu. Bei einer cursorischen Aufnahme der vorhandenen Krankheiten fanden sich unter 73 Kranken, worunter 62 weibliche von 6 chirurgischen und einigen internen Fällen abgesehen, *fast nur Neurosen meist Hysterie.* Es gibt nur wenige Analphabeten, aber die ganze Bevölkerung ist enorm abergläubig. In der Nähe liegt *Clausetto* ein Wallfahrtsort der jährlich zwei Mal von einer grossen Menge „Besessener" aufgesucht wird, denen man dort unter grossem Andrang des Volkes öffentlich in Kirche und Friedhof die Teufel austreibt. Es hat sich eine förmliche Zunft von Teufelsbannern gebildet, denn jeder einzelne Besessene braucht einen solchen als Beistand während des Exorcismus. Die Taxe beträgt pro ausgetriebenen Teufel zwar nur ein Vier-

tel Lire (20 Pfennige) aber gewöhnlich stecken deren eine grössere Anzahl in einem und demselben Besessenen. So beschaffen ist der Boden auf dem die Epidemie zum Ausbruch kam.

Im November 1877 hatten die Missionspredigten eines Jesuiten die Gemüther der Einwohner in Aufruhr versetzt, der Zudrang zu den religiösen Functionen war darnach auffallend vermehrt. Anfang Januar 1878 hatte ein 26 jähriges Mädchen, das übrigens schon seit 8 Jahren an Hysterie litt, den ersten auffallenderen Anfall mit Krämpfen und Geschrei. Die Anfälle wiederholten sich sehr häufig, so dass sie an manchem Tag gar nicht frei davon wurde. Anfangs hielt man sie einfach für krank, bald aber verbreitete sich die Meinung, sie sei besessen, und am ersten Sonntag im Mai, dem Ablasstag von *Clausetto*, wurde sie dahin gebracht um exorcisirt zu werden. Der Erfolg war eine derartige Verschlimmerung, dass die Kranke in den darauffolgenden Tagen gar nicht recht zum klaren Bewusstsein kam. Die Anfälle, die früher zu unbestimmten Zeiten aufgetreten waren, stellten sich später ziemlich regelmässig beim Läuten der Abendglocken ein.

Bis zum Juli 1878 war der Fall vereinzelt geblieben, da begann ein anderes, bald darauf ein drittes und viertes Mädchen unter derselben Form zu leiden, bis zum December gab es schon 18, wovon 14 aus dem *Chiaicis* genannten Viertel der Gemeinde. Fast alle waren Mädchen in einem Alter zwischen 17 und 26 Jahren, alle hysterisch; ein einziger Mann, ein Carabiniere auf Urlaub wurde auch mitgerechnet.

Der Anfall selbst erfolgte gewöhnlich beim Läuten der Glocken und dauerte meist eine kleine Stunde, manchmal aber auch mehrere Stunden, oder selbst während einer ganzen Nacht. Er charakterisirte sich hauptsächlich durch grosse Aufregung und Geschrei. Die Kranken stiessen mehrmind er unzusammenhängende Worte aus, gewöhnlich in ihrem Friauler-Dialekt, oder, soweit sie desselben mächtig waren, italienisch, oder ganz unverständlich, was dann von ihrer Umgebung als lateinisch, oder französisch aufgefasst wurde. Der Inhalt war meistens arge Verwünschungen über die Priester ausserordentlich unfläthiche Reden, aber auch Weissagungen u. d. gl. Von sich selbst sprachen sie immer in der dritten Person, da ja eigentlich der Teufel aus ihnen redete. Personen erkannten sie richtig. In der Anfalls freien Zeit gingen sie zeitig ihrer gewohnten häuslichen Beschäftigung nach. Exorcismen, von Seiten der Geistlichkeit veranstaltet, hatten die Epidemien nur verschlimmert, jede auffallende feierliche Handlung regte leicht neue Anfälle an.

So standen die Sachen Ende Dezember 1878, endlich griff die Behörde ein. Die Exorcismen, der Zulauf Fremder zu den Kranken während des Anfalles, das Läuten der Glocken wurde untersagt. Der Carabiniere wurde in das Militär- und zwei der am schwersten kranken Mädchen in das Civil-Spital nach *Udine* geschickt. Der Arzt aus dem nahen *Tolmasso* wurde beauftragt drei Mal die Woche in *Versegnis* Nachschau zu halten. Im Januar und Februar 1879 liefen die günstigsten Rapporte ein, kein neuer Zuwachs von Kranken sollte erfolgt sein, und die Anfälle der bereits

Erkrankten sollten immer mehr abgenommen haben, so dass diese alle schon als ganz oder doch fast ganz geheilt gelten konnten. Der Carabiniere war geheilt zu seiner Truppe entlassen worden, von den zwei Mädchen im Spitale zu Udine war die erste sehr die zweite derart gebessert, dass sie als geheilt in ihre Heimath entlassen wurde.

Eine neuerliche ärztliche Visitation Ende Februar 1879 ergab aber ein ganz anderes Resultat. Die Kranken, die bei der ersten Visitation ausgewichen waren, kamen zwar jetzt selbst und sagten, sie wären ganz gesund, genauere Nachforschungen ergaben aber das Gegentheil; man hatte nur alles mit grösserer Heimlichkeit umgeben. Anstatt der öffentlichen Exorcismen waren jetzt „*Verträge*" (contratta) mit den betreffenden Teufeln sehr beliebt. Diese verpflichteten sich nämlich gegen eine gewisse Summe ihren Besessenen eine bestimmte Zeit lang Ruhe zu geben. Sie liessen auch mit sich handeln, einer verlangte einmal 2000 Lire, gab sich aber mit einem Korb voll Aepfel zufrieden und die Besessene hatte wirklich so viele Tage keinen Anfall als sie je einen Apfel für ihren Teufel verzehrte. In anderen Fällen wurde die ausgehandelte Summe auch in täglich an die Besessenen zu verabfolgenden Dosen Branntwein entrichtet. Nur selten wurden die Teufel Contractbrüchig. Die aus Udine entlassene Kranke hingegen, welche den Erfolg einer wissenschaftlichen Behandlung demonstriren sollte, hatte kaum in *Verzegnis* angelangt, einen der heftigsten Anfälle.

Auf alle diese Nachrichten hin wurde ein erfahrener energischer Arzt nach Verzegnis geschickt und den Bewohnern angedroht, dass die aufsehenerregenden Kranken in das Spital nach *Udine* würden überführt werden. Die letzten Nachrichten sind vom Mai, es war zu förmlichen Ruhestörungen gekommen. Eine Besessene hatte erklärt, sie könne nur geheilt werden, wenn man sie in feierlicher Prozession in die Kirche führe, das war dann auch durchgeführt worden, trotz des Widerstandes der Autoritäten und trotzdem die Kirchenthüren erst aufgesprengt werden mussten, hätte sie ein Menschenopfer verlangt, so hätte sie es auch erhalten. Daraufhin wurde denn endlich eine Compagnie Soldaten nach *Verzegnis* verlegt und 17 der Besessenen in das Spital nach *Udine* transportirt. Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

III. Verschiedene Mittheilungen.

7) Ministerielle Verfügung. Nach § 593 der deutschen Civilprocessordnung vom 30. Januar 1877 (R.-G.-Bl. S. 190) wird der Beschluss des Amtsgerichtes, eine Person für geisteskrank zu erklären, nur auf Antrag erlassen. Zur Stellung dieses Antrages ist gemäss § 595 l. c. ausser den daselbst bezeichneten Angehörigen in allen Fällen auch der Staatsanwalt bei dem vorgesetzten Landgerichte befugt.

Es erscheint angezeigt, die Unternehmer von Privat-Irrenanstalten auf diese mit dem 1. October d. J. in Kraft getre-

tene Veränderung der Gesetzgebung besonders aufmerksam zu machen, und sie darauf hinzuweisen, dass alle bisher den Gerichten zu erstatten gewesenen Anzeigen über die Aufnahme geisteskranker Personen in ihre Anstalt hinfort nicht mehr dem Gerichte, sondern dem zuständigen Staatsanwalte zu machen sind. Bei diesem Anlass ist den Unternehmern von Privat-Irrenanstalten zugleich zu besonderer Pflicht zu machen, sobald sie die Unheilbarkeit eines ihrer Patienten erkannt haben, hiervon unverzüglich dem zuständigen Staatsanwalt Anzeige zu erstatten.

Berlin, den 6. Dezember 1879.

Der Minister des Innern.
I. A.: Ribbeck.

Der Minister der geistl.-, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten.
I. V.: v. Gossler.

An sämmtliche Königl. Regierungen und Landrosteien und an das Königl. Polizei-Präsidium hier.

8) Aus Bonn. R. Die Aussichten auf einen Lehrstuhl der Psychiatrie an unserer rheinischen Alma mater scheinen sich mehr und mehr zu trüben. Es tritt das Gerücht wieder stark in den Vordergrund, dass die hier im Bau begriffene provincialständ. Irrenheilanstalt als solche gar nicht zu Ende geführt werde, sondern in eine Caserne umgewandelt werden solle. Diese Anstalt ist bekanntlich die letzte der 5 von der Provincialverwaltung zu erbauenden Irrenanstalten und zwar die für den Reg.-Bez. Cöln, für die unsere Stadt als Erbauungsort erwählt wurde, um das Material der Anstalt zu Unterrichtszwecken zu benützen. Der Director der Anstalt sollte gleichzeitig Prof. ordin. der Psychiatrie an der Universität sein. Schon früher hatten Sachverständige plötzlich entdeckt, dass der Bau sehr wenig den früher entworfenen und genehmigten Plänen entspreche und schon damals trat das Gerücht auf, der missrathene Bau solle dem Militairfiscus zum Ankauf angeboten werden. Das Gerücht verlor sich indessen wieder, und es wurde langsam weiter gearbeitet; jetzt tritt es wieder in praecisserer Gestalt auf.

9) Die Kaltwasserheilanstalt Laubach bei Coblenz hat Herrn Dr. Lübke, den früheren Besitzer von *Kenneburg*, zuletzt Director der Wasserheilanstalt *Beurig* an der Saar zum Arzt gewählt. Derselbe wird thatsächlich „Hausarzt" der Anstalt, und in derselben wohnen. Es wird dadurch eine erhebliche Calamität abgestellt, da der bisherige „Hausarzt" der Laubach" in der Stadt Coblenz wohnte und nur täglich einmal auf kurze Zeit hinaus kam. Wir begrüssen die Wahl des Herrn Dr. Lübke als eine durchaus geeignete und geben uns dem Wunsche hin, dass es ihm gelingen möge den vortrefflichen Ruf der Anstalt wieder herzustellen den sie zu Zeiten des zu früh verstorbenen San.-Rath Dr. Petri allseitig genoss, der aber mit diesem zu Grabe gegangen ist. — er.

IV. Neueste Literatur.

1. Ferrier, Die Localisation der Hirnerkrankungen, übersetzt von Dr. Pierson in Dresden. 8⁰. 171 pag., 62 Holzschnitte. Braunschweig, Viehweg & Sohn.
2. Winternitz, Die Hydrotherapie. Schlussband. gr. 8⁰, 326 pag. Wien, Urban & Schwarzenberg. 8 M.
3. Trumet de Fontarge, Pathologie clinique du grand sympathique, étude basée sur l'anatomie et la physiologie. 8⁰. 373 pag. avec pl. Paris, Baillière et fils. 7 frcs.
4. Froger, Du traitement de l'éclampsie puerpérale par l'hydrate de chloral. 8⁰. 129 pag. Paris, Delahaye. frcs. 2,50.
5. Rames, De l'action nerveuse (2 études), 8⁰. 42 pag. Paris, Masson. 1 frcs.
6. Levy, Contribution à l'étude des causes de la mort dans la pendaison et la strangulation. 8⁰. 40 pag. Paris, Parent.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Königslutter, II. Assistenzarzt, 1000 M. fr. Station. 2) Merzig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 3) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 4) Schwetz, Volontairarzt, 600 M., freie Station. 5) Eichberg (Rheingau), III. Hülfsarzt, sogleich, 900 M., fr. Station. 6) Leubus (Schlesien), II. Volontairarzt sofort, 600 M., freie Station. 7) Halle a. Saale, (psychiatr. Klinik) II. Volontärarz, 600—1200 M. fr. Station. 8) Sigmaringen, Regierungs-Medicinalrath-Stelle. 9) Grafenberg (Düsseldorf), a) Assistenzarzt 900 M., fr. Station. b) Volontaiarzt 600 M. fr. Station. 10) Stephansfeld-Hörde (Elsass), Assistenzarzt, 1. Januar 1880, 900 M., fr. Station. 11) Owinsk (Posen) Volontairarzt, 1600 M., fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung und Wäsche. 12) Allenberg (Ostpreussen) 2 Arztstellen, a. 2100 Mark; b. 1200 Mark, beide freie Station. 13) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Erkelenz (Aachen), Hagen (Arnsberg), Hoyerswerda (Liegnitz), Labiau (Königsberg), Lueben (Liegitz), Lüneburg (Lüneburg), Mörs (Düsseldorf), Mogilno (Bromberg), Osterburg (Magdeburg), Rendsburg (Schleswig), Rössel (Königsberg), Schlochau (Marienwerder), Sensburg (Gumbinnen), Stuhm (Marienwerder), Tondern (Schleswig), Wehlau (Königsberg), Wahrendorf (Münster), Westpriegnitz (Potsdam).

Besetzte Stellen. Daldorf I. Ass.-Arzt Herr Dr. Reinhardt, bisher in Königslutter.

Ernannt Herr Dr. Bank in Flensburg zum Kreisphysikus daselbst.

Auszeichnungen: San.-Rath Dr. Mecklenburg, Kreisphysikus zu D. Crone zum Geh. San.-Rath. Die Obermedicinal-Räthe Dr. Dr. Wild und Schotten zu Cassel zu Geheimen Medicinalräthen.

Todesfälle: Dr. O. von Franqué in Kissingen, Dr. Stoelzner in Hubertusburg, Prof. Boll in Rom.

COBLENZ. DRUCK VON PH. WERLE.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. April 1880. Beilage 2.

Ueber die Grundlagen der forensen Zurechnungsfähigkeit.

Antrittsvorlesung

von
Dr. SURY-BIENZ,
Docent der gerichtl. Medicin an der Universität Basel.

Es giebt in jeder Wissenschaft gewisse Fragen, welche Jahrzehnte und oft noch viel länger brauchen, bis sie durch fortgesetztes Arbeiten eine befriedigende Lösung finden und es characterisirt den nie ermüdenden Geist der wissenschaftlichen Forschung dass gerade solche schwierige Fragen immer und immer wieder in Angriff genommen und *neuem* Studium und *neuer* Arbeit unterworfen werden.

Damit aber eine solche Frage auch wirklich einem Ziele kann entgegengeführt werden, ist es in erster Linie nothwendig, dass sie nicht *ausser* den Grenzen der menschlichen Erkenntniss liegt, und anderseits, dass ihre Bearbeitung gewisse Grundlagen vorfindet, die zum weitern Ausbaue unentbehrlich sind.

Zu meiner Antrittsvorlesung habe ich mir die Frage der forensen Zurechnungsfähigkeit ausgewählt, und ehe wir nun auf das Thema selbst eintreten, müssen wir nachsehen, ob diese Frage überhaupt eine lösliche ist, d. h. ob jene vorhin genannten 2 Bedingungen auch wirklich erfüllt sind.

Ueber die erstern, die Grenzen unseres Erkennens, hat uns besonders Dubois-Reymond klare Begriffe vorgeführt; die Trag-

weite derselben kann man allerdings ganz verschieden beurtheilen; jedenfalls gilt hier ein offenes und unbedingtes Anschliessen an das „Ignorabimus“ jenes berühmten Physiologen weit mehr, als ein verstecktes sich Sträuben gegen die resignirende Wahrheit; auf diesem gegebenen Boden kann man dann doch wenigstens aufzubauen suchen, ohne dass man fürchten muss, dass ein Gebäude auf dem lockern Gerölle selbstüberhebender und selbstbetrügerischer Hypothesen beim ersten kräftigen Windstoss zusammenstürzt und Alles, auch das Tüchtige und Wahre unter seinen Trümmern begräbt. — Es ist ja überhaupt ein Kennzeichen grösserer Geistesstärke, wenn man sich mit Wenigem, aber dafür Sicherem bescheidet — als wenn man mit Posaunenstössen Unwahres und Wahres gemengt, der Welt verkündet und damit die Thoren und Halbthoren sich gewinnt.

Solche der Wissenschaft und ihrer ewigen Wahrheit widersprechende Kundgebungen sind namentlich im letzten Jahrzehnt zahlreich erschienen und haben in reichlichem Maasse ihre verderbliche Wirkung entfaltet, — häuptsächlich nach 2 Richtungen hin. — Erstens haben sie ganz unrichtige, aber mit einem ungeheuren Aplomb ins Publikum geworfene und darum auch von Vielen geglaubte Thesen aufgestellt, und zweitens, was noch viel schädlicher, haben sie den richtigen, Darwin'schen Gedanken, durch ihre maasslosen Uebertreibungen vielerorts discreditirt, und zwar nicht nur die speciell Darwin'schen Ergebnisse, sondern überhaupt jede naturalistische Richtung in der Erforschung gewisser Fragen.

Wir haben es nur jener unwissenschaftlichen und wohl fast von allen ernstern Naturforschern einstimmig verworfenen Richtung zu verdanken, wenn man einem gewissen Misstrauen begegnet, sobald man von einem rein naturwissenschaftlichen Standpunkte aus der Erforschung psychologischer Fragen näher zu treten wagt; man begegnet dabei so sehr leicht dem Vorwurf des Materialismus (natürlich in des Wortes vulgärer Bedeutung). Und doch welch Unrecht geschieht dabei! —

So sehr der Wissenschaft auf der einen Seite Bescheidenheit geziemt, so wenig darf diese letztere in Ueberzeugungsschwäche ausarten. — Damit würde sie, ihre allererste Grundbedingung, — das Streben nach *Wahrheit* — preisgeben, und so nothwendig in ein ewiges Nichts zurückfallen. —

Lange Zeit hat die Philosophie ein unbestrittenes Eigenthumsrecht ausgeübt in der Domaine der Psychologie; sie hat hier allein geherrscht und wehe dem, der gewagt, diese durch Jahrhunderte scheinbar geheiligten Rechte in Zweifel zu ziehen. — Es war unsrem so viel überschätzten und so viel mit Unrecht geschmähten Jahrhundert vorbehalten, mit aller Kraft in diese Wälle Bresche zu legen und den sich so wunderbar entwickelnden Naturwissenschaften, speciell ihrem anthropologischen Zweige, dieses Gebiet zu erobern. —

Was ist aber Psychologie? — Die Lehre von der Seele — und ihren Aeusserungen. Kein philosophisches System war aber je im Stande, zu sagen, was denn eigentlich die Seele sei — warum — weil diese Frage überhaupt ebensowenig zu lösen ist, als das Problem des Wesens der Materie und der Kraft — diese beiden Fragen lie-

gen eben ausserhalb der Grenzen unseres Erkennens. Ueber diese ewige Kluft führt keine Brücke — auch die genialste philosophische Argumentation nicht. Wir müssen uns einfach bescheiden und in stummer Resignation und treuem Glauben die Seele als eben so sicher gegeben, als unserem Wissen und Erkennen ewig unbegreiflich annehmen.

Aber Eines können wir wissen — und das ist ein Zusammenhängen dieser Seele mit dem Körper — und zwar können wir dies durch Deduction vielfach beweisen — wir können aber noch mehr zeigen — auf eben diesem deductiven Wege sind wir im Stande diesen Zusammenhang noch genauer einzugrenzen und zwar auf *ein* Organ „*das Gehirn.*"

Aber nicht nur die Deduction hilft uns bei diesem Beweise, sondern allmählig auch der naturwissenschaftlich viel richtigere und zuverlässigere Weg der Induction und sogar der des Experimentes. —

Doch bevor ich näher auf die Ergebnisse dieser physiologischen Arbeiten der letzten Jahrzehnte eingehe — möchte ich mir noch erlauben, auf einen Punkt zurückzukommen, den ich vorhin blos berührt.

Ich habe darauf aufmerksam gemacht, dass es in gewissen Fragen allen Muth braucht, um rücksichtslos den einmal gewählten Weg zu gehen, aus dem Ergebniss sorgfältiger Studien auch gewisse Consequenzen zu ziehen und sie frei zu bekennen; ich habe ferner gesagt, dass dies namentlich der Fall sei, bei einer rein physiologischen resp. naturwissenschaftlichen Behandlung psychologischer Themata. — Dass man sich bei diesem Wagniss von vielen Leuten, welche der speciellen Richtung ferner stehen, sehr leicht den Namen eines Materialisten zuziehen kann, das ist in Anbetracht der schon erwähnten Verirrungen gewisser Naturforscher einigermassen zu entschuldigen —aber es sollte doch nicht sein. Denn es waren ja gerade die hervorragendsten Naturforscher selbst, die zu allererst gegen jene und ihren wissenschaftlichen Betrug auftraten.

Es liegt aber jenem oberflächlichen Urtheil noch eine tiefere Ursache zu Grunde; das ist eben jenes scheinbare Eigenthumsrecht der Philosophie an der Lehre von den Functionen der Seele. — Dann muss man sich auch einmal klar machen, dass es nicht vulgärer Materialismus ist, wenn man auf naturwissenschaftlichem Wege versucht, gewisse Fragen zu lösen, sobald man sich zuvor die Grenzen unseres Erkennens an und für sich klar gemacht hat und sich dann auch gewissenhaft innerhalb dieser Grenzen hält. So darf man sicherlich ganz ruhig auf den Zusammenhang der seelischen Functionen mit dem menschlichen Körper eingehen und die daraus sich ergebenden Folgerungen ziehen, ohne dass man dabei Religion und Glauben einbüssen muss. Glauben und Wissen sind ja überhaupt grundverschiedene Dinge und gerade mit dem Wissen steigt oft der Glaube. Denn je tiefer man in die Geheimnisse der Natur eindringt, je klarer dem forschenden Geiste die wunderbare Ordnung der kleinsten und grössten Organismen sich darstellt, desto bescheidener lernt er sich von dem unbegreiflichen und unfassbaren *Etwas* beugen, das die Ursache von Allem sein mus! —

Die Psychologie *muss* in Zukunft uns Aerzten und Naturforschern gehören — sie *muss* zu einem Zweig unserer speciellen Wissenschaft umgestaltet werden — zu einem Gliede unsrer Anthropologie.

Und dass dies schon theilweise geschehen, das beweisen uns die Arbeiten von Wundt, Waitz, von Helmholtz und namentlich auch von Dubois-Reymond, Wernicke, Ferrier u. a.

Wenn Dubois-Reymond in seiner wissenschaftlichen Grösse unser Erkennen eingegrenzt hat, so hat er nicht nur eine That der Bescheidenheit vollführt — sondern gerade damit hat er eine der grössten Entdeckungen gemacht, die je gefunden wurden.

Er hat zuerst in aller Klarheit und Schärfe den allein richtigen Boden construirt, auf dem endlich sicher aufgebaut werden kann.

Wenn man ernstlich auf eine Erklärung der Seele selbst verzichtet, muss man anderseits doppelt danach trachten, wenigstens die Functionen dieser Seele zu studiren und ihren Zusammenhang kennen zu lernen; und das eben ist unserer Ansicht nach einzig und allein der wahre Ausgangspunkt der Psychologie und diese Psychologie gehört der Naturwissenschaft; denn wir sind im Stande zu beweisen, dass die unserer Beobachtung überhaupt zugänglichen Functionen der Seele unlösbar mit unserm Gehirn verkettet sind und sosogar bis ins Kleinste abhangen von den Bedingungen seines Lebens.

Dass namentlich eine Hauptfunction der Seele — das Denken — dem Gehirn entspringt, das lehrt uns die individuelle Erfahrung.

Ein irgendwie geübter Selbstbeobachter fühlt ja förmlich die Denkarbeit im Kopf sich abspielen.

Wir haben einen schweren, einen leichten Kopf — ganz gleich geht uns dann das Denken von Statten — leichter oder schwerer —; langes Denken macht uns müde im Kopfe u. s. f.

Es ist auch fast zu allen Zeiten (von den Aerzten) dieser Zusammenhang zwischen Seele und Gehirn angenommen worden — mit mehr oder weniger Modificationen allerdings. Einzelne wollten auch anderen Theilen des Nervensystems diese Rechte wahren — so z. B. vindicirte Pflüger aus seinen Experimenten mit dem decapitirten Frosch auch dem Rückenmark nicht blos leitende, sondern auch sensorische Functionen — eine Ansicht, die aber so ziemlich allein geblieben ist. Andere, so namentlich der verstorbene Zeller in Winnenthal verlegten den Sitz der Seele in das gesammte Nervensystem. Zeller sagte darüber: „die meisten neuen physiologischen Untersuchungen schlagen dem monarchischen Gehirn zu Liebe den ganzen übrigen Leib todt und machen ihn zu einer Gliedergruppe, während bei aller Suprematie, welche die Natur ihm beim Menschen ertheilt, doch die Gesammtverfassung des Lebens nur als eine constitutionelle Monarchie zu betrachten ist."

Diese Ansicht bildet einen Uebergang zu den noch etwas vagern und unbestimmtern Ideen einzelner Philosophen, welche auch diesen Zusammenhang zwischen Gehirn und Seele zugeben. Ich brauche hier nur an das Mysterium einer über den Wassern schwebenden Ventrikel-Seele oder an die Therorie der Zirbeldrüsen-Seele zu erinnern.

Gegenwärtig zweifelt wohl kein Naturforscher mehr daran, dass das Gehirn einzig und allein als Sitz der Seele muss beansprucht werden und zwar speciell *ein* Theil dieses Gehirns — die Grosshirnrinde. Wir verdanken diese Erkenntniss namentlich Forschern wie Flourens, Schiff, Griesinger, Wundt, Hitzig, Ferrier u. a. m. In neuerer Zeit hat es insbesondere Wernicke in seinen Abhandlungen über Aphasie und über das Bewusstsein verstanden, die Frage in entscheidender Weise abzuschliessen. — Der letzterwähnten Arbeit folgend will ich nur mit wenigen Strichen die Beweise von Wernicke zu skizziren suchen.

1) Die Intelligenz der Thiere hält mit der Entwicklung ihrer Grosshirnlappen ungefähr gleichen Schritt.

2) Alle Physiologen fanden bei der experimentellen Exstirpation der Grosshirnlappen alle Leistungen des Bewusstseins vernichtet; nach der Angabe von Schiff: „Es fehlen durchaus alle Reflexe, wel„che nicht aus einer Sinneserregung unmittelbar, sondern aus ei„ner Associirung dieser Sinneserregung mit einer centralen andern „hervorgehen; diese Thiere befriedigen ihre Bedürfnisse aus blosem „Zwange, ohne Lust, ohne Begier, hirnlos wie sie sind, sind sie wahre „Ascetiker."

3) Die Experimente von Fritsch und Hitzig, sodann von Nothnagel und Munk beweisen, dass die Grosshirnrinde nicht überall gleichwerthig, sondern dass an circumscripte Regionen derselben ebenso umschriebene, quasi Bestandtheile des Bewusstseins geknüpft sind: „man hat motorische und sensorische Bezirke gefun„den; bei den ersteren werden durch die Exstirpation die Bewe„gungsvorstellungen des betreffenden Gliedes ausgelöscht. Ebenso hat „die Exstirpation der sensorischen Bezirke, den Ausfall gewisser „Sinnesvorstellungen zur Folge — nach Munk's Bezeichnung, Seelen„blindheit und Seelentaubheit. — So erkennen Thiere, denen ein „bestimmter Bezirk der Hinterhauptsrinde weggenommen worden, „die ihnen bekannten Gegenstände mittelst des Gesichtssinnes nicht „wieder; dagegen sind sie noch im Stande, diese Gegenstände zu „sehen; nur die früher gesammelten Gesichtseindrücke, die optischen „Erinnerungsbilder sind erloschen."

Ganz gleich verhält es sich mit der sogen. Seelentaubheit.

4) Diese Ergebnisse von Thierversuchen werden durch pathologische Thatsachen auch für den Menschen bestätigt; und zwar vor Allem durch die Befunde bei der Aphasie, deren path.-anatom. Substrat ja bekanntlich stets mit grösster Sicherheit in einer bestimmten Rindenstelle im Stirnlappen sich findet.

Auch hier giebt es neben der gewöhnlichen „motorischen" Aphasie eine „sensorische", wo, wie bei der Seelenblindheit die optischen, hier aber die auf die *Sprache* bezüglichen Erinnerungsbilder eliminirt sind.

Eine fernere Bestätigung finden wir auch in den Sectionsbefunden bei Geistesstörungen — wo die Störung nicht nur functionell gewesen, sondern wirkliche path.-anatom. Veränderungen bedingt; so sehen wir besonders bei der fortschreitenden Para-

lyse (Blödsinn mit Lähmung) durchweg krankhafte Prozesse in der Grosshirnrinde — besonders atrophische. —

Auch durch Deduction endlich kommen wir zum Schluss, das Organ des Bewusstseins in die Grosshirnrinde zu verlegen — denn es giebt keinen andern Theil des Nervensystems, der wie speciell die Grosshirnrinde der Sammelpunkt für all' die zahllosen Leitfäden ist, die von sämmtlichen Theilen des Körpers herkommen und alle Eindrücke der Aussenwelt zusammentragen; anderseits ist sie auch der alleinige Ausgangspunkt für die ebenso unendlich vielen Drähten, welche jedem einzelnen der Muskeln des ganzen Körpers die Befehle des Centrums, d. h. des Bewusstseins, resp. der Seele überbringen.

So weit Wernicke, auf den wir später wieder zurückzukommen gedenken. Einen Hauptbeweis scheint er mir noch übersehen zu haben — es ist dies die psychologische Entwicklung des Kindes. Die anatom. Befunde bei foetalen und bei Kinderhirnen, namentlich durch die genialen Untersuchungen von Flechsig, haben nachgewiesen, wie gerade die successive Ausbildung der Grosshirnrinde Hand in Hand geht mit der Ausbildung und Weiterentwicklung der psychischen Functionen.

Es ist noch nicht sehr viel, was uns bis jetzt die Anatomie und Physiologie des Gehirnes lehrt, wir können aber über das Wenige zufrieden sein — ist nun doch damit bewiesen, dass es überhaupt möglich ist auf diesem Wege voranzukommen und so allmählig der Psychologie den allein sicheren Boden der naturwissenschaftlichen Forschung zu geben. Ein ganz ausserordentlich wichtiger und eingreifendster Schluss ist auch schon jetzt erlaubt, — dass nämlich alle Functionen der Seele direct abhängig sind von dem momentanen Zustand des Organs, welches diesen Functionen vorsteht.

Wenn Ganglienzellen und ihre Verbindungen Begriffe aufnehmen, beherbergen und weiterleiten, so müssen diese Zellen dabei auch in normaler Weise leben; d. h. die molecularen Vorgänge im Innern dieser Zellen müssen nach ihrem bestimmten Typus ablaufen. Die Physiologie lehrt uns aber des Bestimmtesten, dass alle thierischen Zellen ernährt werden müssen, wenn sie leben sollen und dass dies durch Stoffe geschieht, welche das Blut oder seine Theile jeder Zelle zuführen.

Es bedarf aber auch einer ganz richtigen Zusammensetzung dieser Ernährungs-Flüssigkeiten, geringe Abweichungen vom Gewöhnlichen bedingen auch vom normalen abweichende Ernährungszustände der Zellen; — z. B. Gifte, Alcohol etc. — Anderseits lehrt nicht nur die Physiologie, sondern auch die alltägliche Erfahrung, dass insbesonders das Gehirn nicht im Stande ist, fortwährend weiter zu arbeiten, gerade wie der Muskel auch von Zeit zu Zeit ausruhen und sich erholen muss. Beim Gehirn ist der Schlaf diese Ruhepause.

Vielleicht sind es hauptsächlich Aufspeicherungen von verbrauchten Stoffen, welche beim Muskel wie beim Gehirn diese Ruhe nöthig machen; möglicherweise auch umgekehrt: der vermehrte, die Zuführung übersteigende Verbrauch von gewissen Stoffen. Für

letztere Ansicht würde die nachgewiesene Vermehrung der Phosphate im Urin bei geistiger Thätigkeit und ihre Verminderung während des Schlafes entschieden sprechen.

Wie hundert- und tausendfach die seelischen Functionen noch von anderen den Körper und seine Ernährung betreffenden Bedingungen abhängen, das brauche ich nicht erst nachzuweisen, das beweist die gewöhnliche Selbstbeobachtung.

Viele sogen. Stimmungen, von denen unser gesammtes Denken, Fühlen und Wollen oft in directester Weise abhängt, sind ja gewiss zum grossen Theil direct oder indirect von dem Ernährungszustand unserer Hirnrinde bedingt, der auch vielfach wieder beeinflusst wird von anderen Organen — in welchem Grade dies möglich ist, beweisen uns z. B. auch die neuesten Versuche von Haidenhein, über den Hypnotismus und die nicht weniger interessanten Charcot'schen Experimente über Metallotherapie etc.

Doch damit will ich hier abbrechen, es war mir nur darum zu thun, sicher nachzuweisen, dass die Seele in ihren Aeusserungen an die Grosshirnrinde gebunden ist, und dass ganz ohne Zweifel die Qualität dieser Aeusserungen von der organischen und functionellen Beschaffenheit dieses ihres somatischen Substrates abhangen muss — zu erforschen, in welcher Weise dies geschieht, das ist Sache der Physiologie. —

Nachdem ich versucht habe, in Bezug auf die uns vorliegende Frage die Grenzen unseres Erkennens so weit nöthig zu bestimmen, glaube ich anderseits durch den Nachweis eines directen Zusammenhangs unserer seelischen Functionen mit dem Gehirn einen festen *Untergrund* gewonnen zu haben für die Inhandnahme meiner eigentlichen *Aufgabe*, die zu lösen ich mich natürlich keineswegs vermesse; zu deren Klärung und Förderung aber ich gerne Einiges beitragen möchte. —

Der Staat verbietet durch seine Gesetze alle Handlungen, die *seine* Rechte oder diejenigen eines seiner Componenten schädigen oder beeinträchtigen. Handlungen gegen diese Gesetze heissen Vergehen (od. Verbrechen) und werden mit Strafe belegt. Nur Menschen können sich vergehen, denn nur sie gehören zu den Componenten des Staates. Damit aber die Strafe auch wirklich verhängt werden kann, muss das Object dieser Strafe, der betreffende Mensch, straffähig sein und dies wird er dadurch, dass ihm vom Richter das Vergehen zugerechnet wird. Zurechnung also ist ein durchaus juridischer Begriff. Es ist aber nicht jeder Mensch zurechnungs*fähig* d. h. es ist ihm nicht in jedem concreten Fall die Schuld des Vergehens auch wirklich zuzutheilen resp. zuzurechnen.

Das Gesetz selbst begiebt sich daher unter gewissen Umständen freiwillig des Rechts zu strafen, indem es bestimmt, dass bei gewissen Fällen eine Strafe nicht eintreten dürfe, dass also eine Zurechnung nicht statt habe. Hier sind namentlich 2 Categorien solcher Ausnahmen festzustellen — erstens wo das Individuum überhaupt die *Strafreife* d. h. die einer gewissen Altersgrenze erfahrungsgemäss entsprechende Ausbildung des Gehirns und seiner functionellen Fähigkeiten noch nicht erreicht hat und dann, wo die Ge-

setzesübertretung sich als eine directe Folge eines Zwangzustandes irgend welcher Art darstellt. Dieser Zwang mag entweder ein äusserer oder ein innerer sein. Unter den erstern Begriff fällt namentlich die Nothwehr, die direct durch Androhung und Gewalt erzwungene Handlung. — Der sogen. innere Zwang aber wird durch die verschiedenartigsten Umstände herbeigeführt, deren Betrachtung und Feststellung eben die Aufgabe der forensen Psychopathologie bildet.

— Suchen wir in den Gesetzbüchern die Bestimmungen über die Zurechnungsfähigkeit auf, so finden wir in erster Linie das Princip, dass jeder Mensch, der ein gewisses Alter erreicht, a priori als zurechnungsfähig gelten muss, d. h. dass jeder Mensch wisse, was er thun *darf*, und was er meiden *muss*, aber auch, dass er die innere Macht habe, seine Thaten resp. Willensäusserungen den Gesetzen anzupassen oder nicht. Diese beiden Principien spricht z. B. unser basler Strafgesetzbuch sehr stricte aus mit den Worten:

„Ein Verbrechen ist nicht vorhanden, wenn dem Thäter zur „Zeit der Begehung der Handlung die freie Willensbestimmung oder „die zur Erkenntniss der Strafbarkeit der Handlung nöthige Ur„theilskraft fehlt. —"

Letztere Bestimmung wird sich ohne Zweifel eben darauf beziehen, dass das Gesetz eine Altersgrenze aufstellt, von welcher an erst überhaupt die Zurechnungsfähigkeit praesumirt wird. — Nach dem hiesigen Strafgesetzbuch dürfen Kinder, welche bei Begehung einer Handlung das zwölfte Lebensjahr nicht vollendet haben, wegen derselben nicht strafrechtlich verfolgt werden; ein Angeschuldigter aber, welcher das zwölfte, aber nicht das 18. Lebensjahr vollendet hat, ist nicht strafbar, wenn ihm die zur Erkenntniss ihrer Strafbarkeit nöthige Einsicht fehlt.

Ein ähnliches Criterium der Zurechnungsfähigkeit machen die englischen Gesetze — aber nicht nur in Bezug auf die Altersgrenze, sondern auch bei Erwachsenen, oft in der ungerechtesten Weise — indem das Vorhandensein oder Fehlen der zur Erkenntniss der Strafbarkeit nöthigen Einsicht hie und da sogar als alleiniger Maassstab der Schuldfrage aufgestellt wird. Auf dieses Argument hin sind in England erfahrungsgemäss schon motorisch Geistesgestörte zum Tode verurtheilt worden. Und doch weiss jeder Irrenarzt, dass bei vielen seiner Kranken eine gewisse Einsicht in den Character und die Strafbarkeit einer Gewaltthat noch vorhanden ist.

Ehe wir nun zur Prüfung der eigentlichsten und allgemein anerkannten Grundlage der Zurechnungsfähigkeit, der sogenannten Willensfreiheit, übergehen, möchte ich nur einige Worte über das der ganzen Frage zu Grunde liegende Princip vorausschicken.

Das Gesetz nimmt a priori an, das jeder Mensch zurechnungsfähig sei — und dass jede Ausnahme von dieser Regel erst bewiesen werden müsse; es ist diese Annahme aber eine durchaus willkürliche und beruht auf einzelnen ganz falschen Sätzen der frühern philosophischen Psychologie, welche in sehr stricter Weise eine gegebene absolutistische Seele mit allen möglichen Eigenschaften und Vermögen aufstellte und einfach auf dieser unbewiesenen und dem-

nach sehr schwankenden Basis ein etwas unsicheres Gebäude von der Zurechnungsfähigkeit und deren Aufhebung aufführte. Seitdem wir aber durch die physiologischen Forschungen ernüchtert worden sind und gesehen haben, dass die Seelenäusserungen auf's Engste und Unlösbarste gebunden sind an das Vorhandensein und an das Leben gewisser Ganglienzellen im Gehirn, müssen wir uns auch in den Folgerungen bescheiden und darauf verzichten, die Seele resp. soweit sie sich wenigstens äussert, als Abstractum aufzufassen — sondern wir sind gezwungen, mit ihr nur als einem Relativum rechnen zu lernen und sie in jedem concreten Falle als etwas Neues zu beobachten, und sie zu construiren.

Mit andern Worten: Wir kommen zur Ansicht, dass von diesem rein physiolog. Standpunkte aus die Zurechnungsfähigkeit keineswegs als a priori gegeben darf angenommen werden, sondern dass sie in jedem einzelnen Falle erst muss bewiesen werden.

In den meisten Fällen wird dieser Schluss ein sehr leichter und selbstverständlicher sein — so lange sich der physiologische Akt der Seele, der hier in Betracht kommt, nämlich die That, auf dem Boden des alltäglichen Normalen abspielt, aber es giebt eben grosse und ausgedehnte Grenzgebiete, welche streitig sind und zwischen Gesundheit und Krankheit mitten drinn liegen — und diese zu ergründen, nachzuweisen und richtig zu beurtheilen, dazu bedarf es fachgemässer Kenntnisse.

Wer soll nun aber da urtheilen, das ist die grosse und wichtige Frage — der Richter resp. die Geschworenen oder der Arzt?

Nach unsern obigen Auseinandersetzungen kann es nur logisch erscheinen, wenn wir dieses Recht ganz unbedingt dem Arzt reserviren und es unerklärlich finden, dass es anders sein sollte. Es ist dies zwar ganz und gar nicht die Ansicht aller Juristen und in einem ihrer gewichtigsten Lehrbücher (Berner, Deutsches Strafrecht) steht sogar der Lehrsatz: „Die Argumentation des Arztes über Gegenstände des gemeinen Menschenverstandes, z. B. über Gegenstände der auf blossen Menschenkenntnissen ruhenden Erfahrungs-Seelenlehre bindet nicht.“ Ein solcher Ausspruch dürfte fast naiv genannt werden — und wir können nur froh sein, dass andere ebenso einflussreiche Juristen, wie z. B. Mittermair zu anderen Folgerungen gelangten. Ich kann mir natürlich ganz gut vorstellen, dass es praktisch nicht durchführbar ist, alle Verbrecher, ehe sie verurtheilt werden, einer eingehenden ärztlichen Begutachtung zu unterstellen — aber wenigstens für alle schweren Fälle dürfte dies doch vorgeschrieben werden — so viel Rücksicht verdient schliesslich jeder Mensch, dass vor seiner Abführung in schweren Kerker auf längere Frist oder gar auf Lebenszeit, sich der Staat, der ihn von sich wirft, noch vergewissert, ob das harte Loos, das jenen trifft, auch wirklich nicht etwa ungerecht sei; denn *ungerecht* ist doch der mildeste Ausdruck für die Bestrafung eines Unzurechnungsfähigen, wenn man die unabänderliche und eiserne Nothwendigkeit bedenkt, welche in gewissen Fällen die Geisteskranken sogar zur Vernichtung ihres Liebsten zwingt. Wer einmal den entsetzlichen Jammer gesehen, mit welchem ein

geisteskranker Mörder nach seiner Genesung auf die von ihm begangene und ihm *selbst* doch so fremde That zurück blickt, der schaudert bei dem Gedanken, dass ein solch Unglücklicher durch Verkennung seines wahren Zustandes zum Tode verurtheilt werden könnte.

Anderseits sollte der Richter sich jederzeit der grossen Verantwortung bewusst sein, und jeder auch der kleinste und unbedeutendste Anhaltspunkt sollte ihn bewegen, sachverständige Hülfe in Anspruch zu nehmen; namentlich wäre in dieser Hinsicht wichtig und wünschenswerth, wenn das Gesetz den Untersuchungsrichter anweisen würde, bei jeder Aufnahme der Personalien auch die erblichen Verhältnisse in Bezug auf Gesundheit, Todesarten, Geistesstörungen, Nervenleiden etc. in der Ascendenz zu eruiren. Das hätte doch sicherlich ebensoviel Berechtigung als die Constatirung der Confession und dergl.

Durch ein sorgfältigeres und umsichtigeres Vorgehen nach dieser Richtung hin würde mancher ungerechten Verurtheilung entschieden psychopathischer Verbrecher vorgebeugt werden und anderseits wäre es das sicherste Praeservativum gegen die dem Richter gewiss mit Recht so verhassten, dem Vertheidiger dagegen so beliebten Verschleppereien durch Stellung der Zurechnungsfrage kurz vor Abschluss der Procedur.

Allerdings haben wir Aerzte uns in dieser Beziehung auch an die Brust zu schlagen — wir tragen viel Schuld an manchem ungerechten Widerwillen der Richter gegen derartige Begutachtungen. Wir müssen eben dabei auch ganz objectiv urtheilen und uns nicht, wie dies etwa hie und da aus lauter Menschlichkeit geschehen mag, in die Rolle des Vertheidigers verirren; denn nur so können unsere Gutachten den Anspruch auf *die* Glaubwürdigkeit erheben, die ihnen zur Ehre der Wissenschaft und zum Wohle der wahrhaft Unzurechnungsfähigen zukommen soll.

Wir gelangen nun zum Hauptcriterium der Zurechnungsfähigkeit, zur *sogenannten Willensfreiheit.*

Ueber diese Frage ist schon mehr geschrieben worden als über die ganze übrige Psychologie und doch steht sie noch immer in vollster Discussion. Ist ja diese Lehre von der psychischen Freiheit die Basis der gesammten philosophischen Psychologie, mit deren Hinfall auch diese letztere ihre Berechtigung verliert. Wie im Allgemeinen, so hat in den letzten Jahrzehnten in dieser Frage die Physiologie ebenfalls gearbeitet und sie hat auch dieses Gebiet siegreich schon theilweise erobert, denn nur sie allein kann mit der Fackel der systematischen und rationellen Forschung in diese Mysterien aller Philosophien hineinleuchten und sie dem Tage zugänglich machen.

Rönne definirt in einfacher und wahrer Weise die Willensfreiheit als die Möglichkeit, Etwas zu thun oder zu lassen. Was aber ist *thun?* Um davon eine genügende Definition zu bekommen, müssen wir nothwendig etwas weiter ausholen und versuchen in kürzesten Zügen uns die psychologische Genese einer That klar zu machen.

Die einfachste Function unseres Seelenleben's besteht offenbar in der Empfindung: Ein Reiz der entweder von der Aussenwelt durch das Thor der 5 Sinne eintritt oder aus dem eigenen Körper stammt, löst in dem dadurch betroffenen Centrum einen materiellen Reiz aus, der sich durch einen uns ewig unerklärbaren Process in die Psyche umsetzt und unserem Bewusstsein mehr oder weniger klar wird. Es bleiben aber dabei jedesmal der Reizgrösse adaequate Residuen in den betreffenden Ganglienzellen zurück, welche bei Wiederholung desselben Reizes in dem Bewusstsein eine Erinnerung an den frühern Reiz hervorrufen; nach und nach üben sich solche Bahnen ein und dann wird dem Bewusstsein nicht nur die Erinnerung an frühere *gleiche* Reize deutlicher, sondern ihm werden auch Differenzen bei nur *ähnlichen* Reizen klar — es sind eben Abweichungen vom gleichen gewohnten Wege, die aber doch noch im Irradiations-Kreise sich befinden, d. h. in einer und derselben Zellengruppe liegen. Durch die undenkbar zahlreichen zuerst nur äussern und dann auch innern Reize, welche auf das Kind einstürmen, werden ebenso unzählbare Bahnen geschaffen und eingeübt und dadurch wird auch das Bewusstsein herausgebildet, geübt, erweitert. Diese einzelnen Reizcentren verbinden sich aber auch untereinander — so dass einzelne gleiche verschmelzen und andere ähnliche in Associationsverhältnisse zu einander gerathen. Dadurch erhalten sie die Fähigkeit ähnliche Erinnerungsbilder hervorzurufen, ohne dass ein neuer Reiz hinzutritt. Wenn aber ein Reiz zwei oder mehr Erinnerungsbilder auslöst, von denen vielleicht das zweite stärker ist, als das erste, so verschwindet das eine vor dem anderen und das letzte dominirt. Alles dies kann sich aber sehr compliciren dadurch, dass nicht nur *ein* specifischer Sinnesreiz oder ein interner Reiz wirkt, sondern dass sich *mehrere* solcher Reize combiniren und wo dann nicht nur in einem Centrum gleiche und ähnliche Erinnerungsbilder geweckt werden, sondern dieser Vorgang in der gleichen Zeit in mehreren statt hat — überall finden sich Erinnerungsbilder, die wegen ihrer Bewusstseinsidentität nothwendig sich ebenfalls associiren müssen.

Man schwindelt förmlich, wenn man sich die ungeheure Anzahl solcher Verbindungen vorstellen will, die sich mit der Zeit in einem Gehirne herstellen müssen — aber man muss ja ebenso staunen, wenn wir uns von dem Microskop das Gewimmel von Fasern und Ganglienzellen zeigen lassen, welche in diesem Microcosmos enthalten sind. Und anderseits muss man aber nothwendig annehmen, dass nicht für jede einzelne Empfindung eine besondere Zelle verbraucht werde, sondern dass gleiche Reize stets von derselben Zelle aufgenommen werden und sogar dass ähnliche Reize eben nur durch die ihrer Aufnahme entgegen kommende Anpassung der betreffenden Zellen dem Bewusstsein als different imponiren.

Das Bewusstsein hat auf einer gewissen Stufe das Vermögen sich theilweise loszumachen von seinen Grundlagen, den einzelnen Reizen, resp. ihren Erinnerungsbildern und schwingt sich zum „*Selbstbewusstsein*“ auf, d. h. es tritt etwas Neues auf, das auf der einen Seite direct abhängig bleibt von den Reizfactoren — auf der andern

Seite, diesen, resp. der Reiz liefernden Aussenwelt sich entgegenstellt; dasselbe wird unterstützt und gehalten durch die damit Hand in Hand gehende Bildung eines zweiten neuen Seelenvermögens, *das Gedächtniss*, das wir definiren können als ein von äussern Reizen nur mehr theilweise abgängige Summe von ungeheuer vielen aufgestapelten Erinnerungsbildern, die unter einander in näherer Verbindung stehen, oder psychologisch ausgedrückt nach Schüle — ist das Gedächtniss die Reproduction der identischen d. h. durch gleiche Faktoren verknüpften Reihen.

Physiologisch könnte man vielleicht das Selbstbewusstsein, sowie das Gedächtniss ansehen, als die Funktion eines Fasersystems, das alle Gruppen der einzelnen Erinnerungsbilder verbindet und das nun selbstständig arbeitet, dort als Gedächtniss einzelner Ganglienzellengruppen spontane Erinnerungsbilder entlockt, hier aber als Selbstbewusstsein von sich aus diesen Erinnerungsbildern neue Combinationen und einen neuen Character verleiht.

Was hier das treibende Agens und wie ein solches selbstständiges Arbeiten ermöglicht wird, darüber kann man sich absolut keine Vorstellung machen, — auch hier finden wir uns wieder an der Grenze unseres Erkennens. Nur soviel geht aus Allem hervor, dass, wie es functionirende Zuleitungsnerven braucht, um dem Centrum die Reize zuzuführen — und Ganglienzellen nöthig sind, um diese Reize zu empfangen und aufzuspeichern, ebenso gut auch jene Vorgänge an Nervenelemente gebunden sein müssen, um richtig sich entwickeln und fortarbeiten zu können.

Aber wie kommen wir überhaupt dazu, das Vorhandensein eines solchen Bewusstseins zu erkennen und sogar nachzuweisen?

Die einzige wahrnehmbare Aeusserung dieser Vorgänge ist *Bewegung.* — Diese Aeusserung des Bewusstseins aber, die Bewegung, ist entweder das Wort oder die That — beide die Folge eines Akts des Bewusstseins. Auch hier können wir die materiellen Vorgänge nur ahnen — am richtigsten könnte uns die Ansicht von Wernicke scheinen, der das Zustandekommen eines einfachen Bewusstseinsvorganges, der spontanen Sprachbewegung an einem Beispiel zu erklären sucht, resp. die dabei in Frage kommende Bedingungen folgendermassen fixirt.

„Wir sprechen z. B. das Wort „Glocke" aus, wenn der Be„griff Glocke in uns auftaucht. Reihen wir die Bestandtheile die„ses Begriffs in die Hirnoberfläche ein, so zerlegt er sich zunächst „in ein optisches Erinnerungsbild im Hinterhauptslappen, ein acusti„sches im Schläfelappen und ein Tastbild im Stirnscheitellappen. „Die 3 associirten Erinnerungsbilder sind die wesentlichen Bestand„theile der Glocke. Wir haben aber noch weiters ein Klangbild „der Glocke, welches den Gehöreindruck „Glocke" repräsentirt und, „nach den Erfahrungen der sensorischen Aphasie zu schliessen, „wahrscheinlich einen besondern Bezirk innerhalb des für die acus„tischen Erinnerungsbilder bestimmten, einnimmt. Ferner haben „wir eine Bewegungsvorstellung, von den zum Aussprechen des Wor„tes Glocke nöthigen Bewegungscombination; bezeichnen wir es „kurz als Bewegungsbild der Glocke. Letztere beide sind unwe-

„sentliche Bestandtheile des Begriffs, gehören jedoch noch zu dem-
„selben und sind den übrigen Erinnerungsbildern innig associirt. Das
„Bewegungsbild ist aber, mit dem Ausgangspunkt der centrifugalen
„Bahn, die in diesem Fall zu den Sprachmuskeln hingeht, identisch.
„Das Wort Glocke wird daher gesprochen, wenn der Begriff Glocke
„eine solche Intensität erreicht, dass er das Bewegungsbild der Glocke
„mit hinreichender Kraft innervirt, um die Widerstände dieser
„Bahn zu überwinden."

„Ein äusserer Anlass kann dazu führen, dass der Begriff eine
„solche Lebhaftigkeit erreicht. Nehmen wir z. B. an, dass man uns
„auf irgend einen Gesichtseindruck neugierig gemacht hat, den wir
„nun mit Spannung erwarten. Der Vorhang geht auf, wir sehen
„eine Glocke und rufen „unwillkürlich" wie man es bezeichnet: „eine
„Glocke." Der hinzugekommene Gesichtseindruck verleiht hier dem
„Begriff die nöthige Intensität."

Soweit die Ansicht Wernickes.

Hier müssen wir noch von einem Elemente sprechen, das ein gar gewaltiger Faktor in der Bildung und Thätigkeit unseres Bewusstseins ist. Jene primären Empfindungen nämlich liefern nicht nur Bausteine zum spätern Gedächtniss, sondern sie selbst sind stets noch begleitet von *Lust- und Unlustgefühlen.* — Das *Gefühl* ist vom physiologischen Standpunkte aus noch absolut nicht erklärt; am ehesten könnte die Ansicht plausibel erscheinen, dass es der unumgängliche Begleiter von allen Vorgängen in den Ganglienzellen und ihren Associationsverbindungen ist — jedenfalls ist es nicht localisirt, sondern muss als eine ganz diffuse Funktion der Grosshirnrinde, wenn nicht vielleicht sogar des ganzen Nervensystems betrachtet werden.

Sobald das Selbstbewusstsein auftritt und mehr und mehr in den Vordergrund des psychischen Lebens rückt, so gewinnen diese Lust- und Unlustgefühle, eine ganz mächtige Bedeutung — denn sie sind das beständige Agens für das Auftreten von *treibenden*, aber auch von *hemmenden Vorstellungen.* Wenn eine Vorstellung sich geltend macht und von dem Bewusstsein eine Kundgebung d. h. eine That verlangt, so erweckt *diese primäre andere secundäre* Vorstellungen — alle diese sind aber von Lust- oder Unlustgefühlen begleitet und von diesen liefern die ersteren neuerdings treibende, die zweiten aber hemmende Vorstellungen — der Kampf wogt auf und ab. Von diesen „Motiven," wie wir sie nennen, siegt dasjenige, das an Intensität stärker ist und dem Causalitätsbegriff besser entspricht, über die andern schwächern. Schüle definirt diesen Vorgang sehr treffend dahin: „dieses Ausschlag gebende Gefühl
„percipiren wir unter der Form des massgebenden Impulses; wir
„fühlen jetzt, dass wir so handeln *müssen* und anders nicht handeln
„*können.* Von nun an ist auch ein *Wille* da, dessen psychologische
„Formel das durch Summirung entstandene stärkste Innervationsge-
„fühl, darstellt. Unser Wollen ist von unsern Motiven abhängig.
„Wir sind nur in unserm Bewusstsein frei, als Zuschauer des Auf-
„und Abwogens der Motive. Dieses Schwanken zwischen Thun und
„Lassen, bevor die Entscheidung getroffen ist, erzeugt in uns den

„Eindruck der Ungebundenheit und die psychologische Täuschung: „als ob unser Wille frei sei. Die Motive selbst aber sind eigene Kraft„grössen, die wir nicht direct abändern, sondern höchstens durch „Weckung von Gegenmotiven beeinflussen können. Die Kraft der „Motive und damit ihr Schicksal unseres Entschlusses liegt in der „Gewalt der endlich siegenden Motive und diese Ausschlag gebende „Gewalt in der centralen Innervation der einzelnen d. h. in der „quantitativen Stärke der sie begleitenden organischen Gefühle."

„Der Eintritt der Handlung selbst aber ist immer determi„nirt, gerade sowie der Entschluss, durch das Parallelogramm der „Motivkräfte." „Wir *müssen* wollen." —

Der *Wille* ist aber *That*, erst wenn er zur solchen geworden, hat er selbst existirt.

Wir haben nun gesehen, dass unter diesen Umständen oft wohl nicht gut von einer eigentlichen Willensfreiheit gesprochen werden kann. — Principiell ist Willensfreiheit eine logische Unmöglichkeit, denn was wir Willen nennen, ist das Ergebniss eines ausserordentlich complicirten Associationsvorgangs auf darchaus materieller Basis, den Ganglienzellen der Grosshirnrinde — also ist er doch wenigstens ganz abhängig von der anatomischen Beschaffenheit dieses *Substrats*, wenn unser Selbstbewusstsein auch vollkommen Herr wäre über die Zahl und Qualität der jedesmal auf das Kampffeld zu rufenden Motive. Aber auch diese Möglichkeit existirt nicht, denn auch diese Vorgänge beruhen, wie die Physiologie lehrt, auf rein materiellen Operationen, und dabei kommt es ja noch auf die physiologische Functionsweise dieser Zellengruppen, die Grösse der betreffenden Schwellwerthe und die Zahl und die Art ihrer Associationsleitungen an.

Wir können und wollen aber keineswegs den Begriff Willensfreiheit ganz leugnen und eliminiren, — es giebt allerdings eine solche, aber nur eine relative; sie beruht in erster Linie auf ererbter Anlage und dann namentlich auch auf der Erziehung: beide Faktoren bedingen ganz ohne Zweifel, der erste die moleculäre Mitgift, der zweite aber gewisse Umgestaltungen der bestehenden Organe. Endlich kann namentlich durch den Einfluss der Erziehung, des Beispiels und der Selbstzucht und daraus erfolgender Aufspeicherung von ethischen Begriffen, das Selbstbewusstsein, wenn auch keinen absoluten, so doch einen relativen Einfluss bekommen auf das Auftauchen von treibenden und hemmenden Motivvorstellungen und namentlich auf das langsamere oder raschere Zustandekommen der Umwandlung von primärer Vorstellung in Willensäusserung resp. in die That. Die Zeit verbietet mir leider in eine nähere Erörterung dieser Umstände einzutreten — so interessant und so lohnend für unser Thema sie auch sein möchten.

Je entwickelter diese relative Willensfreiheit ist, je höher ein Mensch sittlich und intellectuell steht, desto weniger gerade schwelgt er im Gefühle einer vollständigen Willensfreiheit — in characteristischer Weise beobachten wir gerade das grösste Freiheitsgefühl bei gewissen Geistesgestörten und bei Berauschten, die beide das Gemeinsame einer gehemmten physiologischen Funktion der Grosshirnrinde an sich tragen.

Nur zu wahr sind leider die unserer Eitelkeit keineswegs schmeichelnden Worte Spinozza's; „Die Menschen irren sich, „wenn sie frei zu sein glauben." „Worauf beruht aber diese Mei- „nung? Lediglich darauf, dass sie sich ihrer Handlungen bewusst „sind, aber die Ursachen nicht kennen, welche sie dazu bestimmen."

„Es sind nur leere Worte, die keinen Sinn haben, wenn man „sagt, diese „Handlungen hingen vom freien Willen ab." Von denen, „die glauben; dass sie reden, schweigen, mit einem Wort, handeln „könnten, gemäss freier Selbstbestimmung, kann ich nur sagen, dass „sie mit offenen Augen träumen."

Nur der Vollständigkeit wegen möchte ich der Ergebnisse der in den letzten Jahrzehnten mit Vorliebe gepflegten *Moralstatistik* noch erwähnen, die zu ganz überraschenden Schlüssen gelangt und gerade nicht sehr zu Gunsten einer unbedingten psychischen Freiheit spricht.

Sie ergiebt namentlich die bemerkenswerthe Thatsache, dass die scheinbar ganz willkürlichen Handlungen, wie z. B. Selbstmord, Verbrechen etc. alljährlich in fast ganz gleichen Verhältnissen wiederkehren und in ihrer Zahl für einen kommenden Zeitraum budgetartig voraus bestimmt werden können.

Wenn wir uns aus alledem einen Schluss erlauben wollen, so kommen wir zu der Ansicht, dass es keine absolute, sondern nur eine relative Willensfreiheit giebt und dass sie in letzterer Einschränkung abhängt von Faktoren, auf die das Bewusstsein grösstentheils nur sehr geringen Einfluss auszuüben im Stande ist. —

Es ist aber nicht erlaubt, auf eine an und für sich schon zweifelhafte Grundlage Schlüsse zu basiren, wenn es sich um Leben und Ehre von Menschen handelt. —

Aber giebt es denn überhaupt ein sicheres Criterium der Zurechnungsfähigkeit?

Nein das giebt es eben nicht! Denn jene ist ein durchaus physiologischer Zustand, wie z. B. auch die Gesundheit.

So wenig es ein einzelnes Criterium giebt zum Nachweis vorhandener Gesundheit und man hier sich begnügen muss, durch Negationen auf jene zu schliessen, so ist auch bei der Frage, ob Zurechnungsfähigkeit bestehe oder nicht, jener Weg der allein mögliche. —

Daraus folgt aber auch die Schwierigkeit einer stricten und genügenden Definition der Zurechnungsfähigkeit.

Wenn man absolut eine solche verlangt, möchte ich noch am liebsten diejenige von Frese acceptiren, die lautet: „Vor dem Ge- „setz wird ein Jeder zurechnungsfähig sein, dessen psychische Thä- „tigkeit zur Zeit der That unter normalen organischen Bedingungen „stand; unzurechnungsfähig wird dagegen ein Jeder sein, wenn die „von ihm begangene That unter dem Einfluss krankhafter organi- „scher Bedingungen zu Stande kam."

Bei der Untersuchung müssen wir durchaus physiologisch vorangehen — wir müssen dabei eingedenk sein, dass die im Wortlaut des Gesetzes enthaltene „freie Willensbestimmung" nur eine relative überhaupt sein kann — wir müssen uns ferner daran erinnern, dass jeder Mensch eigentlich das Product ist von hauptsächlich drei Factoren — seiner ererbten organischen Anlage, *seiner Erzieh-*

und Bildung und *endlich der bei der incriminirten That vorhandenen äussern und innern Umstände.* Es muss also jede Untersuchung des Exploranten die Aufnahme einer genauen Anamnese vorangehen — und zwar im weitesten Sinne des Worts — namentlich in Bezug auf eine etwaige ererbte Anlage zu psychischen Abnormitäten — dann folgt eine genaue Erhebung des ganzen Lebenslaufs und zwar darf man bei all' diesen und den folgenden Untersuchungen ja nie vergessen, dass scheinbar kleine Détails, oft von der grössten Wichtigkeit sind.

Dann kommt die Untersuchung und Beobachtung des Individuums, wenn möglich während längerer Zeit. Erst dann wenn man sich in das anthropologische Détailsbild hineingearbeitet hat, schreitet man zur Zergliederung der That selbst, ihrer Umstände ihrer Motive und versucht sich den psychologischen Gang, der dabei stattgehabt, zu construiren. —

Nur auf diesem allein rationellen Wege, zu dem aber wirkliche psychologische und anthropologische Kenntnisse gehören und nicht der allgemeine Menschenverstand genügt, wie Berner glaubt, gelangt man nach und nach zu einer richtigen Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit eines Menschen.

Dass wir *Grade der Zurechnungsfähigkeit* annehmen müssen, folgert sich aus unserem Standpunkte von selbst, aber wohlverstanden, *bei eigentlicher Geistesstörung kann davon keine Rede sein.* Ein Kranker kann nie und nimmer nur *theilweise* unzurechnungsfähig sein; er ist es stets im ganzen Umfange.

Hingegen giebt es ja noch viele andere Zustände, die den normalen Ablauf jener organischen Bedingungen nicht aufheben aber doch mehr weniger beeinträchtigen, so in erster Linie jene oft jahrelangen Vorläufer der Geistesstörungen, dann ihre Reconvalescenz-Stadien, die verschiedenen niedern Grade des Rausches, die Schlaftrunkeneit, die verschiedensten Nervenleiden, wie Somnambulismus, Hysterie, Epilepsie etc. Giebt es ja sogar Menschen, die unter dem Einfluss schwerer Vererbungsformen ihr ganzes Leben lang nur bedingt zurechnungsfähig sind, ohne aber je diese Grenze nach gänzlicher Unzurechnungsfähigkeit hin zu überschreiten.

Zum Schlusse erlaube ich mir meine Ansichten noch in einigen Thesen abzuschliessen:

1) Alle Functionen der Seele sind von der anatomischen und physiologischen Beschaffenheit der Grosshirnrinde dierect abhängig.

2) Es giebt keine absolute, sondern nur eine relative Willensfreiheit.

3) Zurechnungsfähigkeit ist ein *physiologischer* Begriff. Ob solche in normaler Weise vorhanden oder nicht, kann nur der Arzt entscheiden.

4) Es giebt kein absolutes Criterium der Zurechnungsfähigkeit.

5) Es giebt Grade der Zurechnungsfähigkeit, ausser bei eigentlicher Geistesstörung, wo stets absolute Unzurechnungsfähigkeit anzunehmen ist. —

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Alle 14 Tage eine Nummer.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. 15. Januar 1880. Nro. 2.

INHALT.

I. Originalien.

Zur Berger'schen Parästhesie.

Von Dr. P. J. MÖBIUS in Leipzig.

O. Berger hat neuerdings (Breslauer ärztl. Zeitschr. 1879. Nr. 7—8 Ref. Centralbl. 1879 Nr. 12.) eine neue Sensibilitätsneurose beschrieben, welche wesentlich in einer anfallsweise auftretenden, durch ihre ausserordentliche Intensität ausgezeichneten, nicht eigentlich schmerzhaften Parästhesie der Beine besteht. Seine Schilderung ist meines Wissens nach nicht durch weitere Mittheilungen bestätigt worden. Ich glaube daher einige Beobachtungen, welche geeignet sind, Berger's Darstellung sowohl in nosologischer als therapeu-

tischer Hinsicht zu bekräftigen, der Veröffentlichung werth halten zu sollen.

1) Im Herbst dieses Jahres wurde ein 30jähriger Kaufmann durch Herrn Coll. Müller hier an mich gewiesen. Derselbe gab an, stets nervös gewesen zu sein, er habe früher viel an Zittern der Glieder, an Kopfdruck und Gemüthsverstimmung gelitten. Seit einigen Jahren nun litt er an einer eigenthümlichen Affection der Beine, welche ihm die Befürchtung, rückenmarkskrank zu sein, eingeflösst hatte. Wenn er genöthigt war, längere Zeit still zu sitzen, im Comptoir und besonders in den Abendstunden, stellte sich ein peinliches Gefühl in beiden Beinen ein, welches mit Worten zu beschreiben Pat. sich ausser Stand erklärte. Die Empfindung habe ihren Sitz nicht in der Haut, sondern in den Muskeln, beginnen in der Nähe des Hüftgelenks und verbreiten sich dann nach abwärts bis in den Fuss. Sie sei durchaus nicht schmerzhaft, aber ungemein störend, von lebhafter Unruhe begleitet, am ehesten sei sie dem Gefühl nach längerem Reiten zu vergleichen. Erleichterung gewährte nur Aufstehen und Herumgehen. Gefühl von Schwäche (wie Berger angibt) hatte Patient nie. Der Rumpf und Oberkörper blieb stets frei.

Die Untersuchung des zart gebauten Patienten ergab bis auf einige Hämorrhoidalknoten durchaus normale Verhältnisse, namentlich liess sich keine Störung der Sensibilität oder Reflexthätigkeit der Beine nachweisen. Bemerkenswerth erscheint, dass der Vater des Pat. mit 63 Jahren nach 3jährigem Irrsinn gestorben ist.

Die Behandlung bestand zunächst in Galvanisation des Rückens, erzielte aber keinen bemerkenswerthen Erfolg. Von einem solchen war dagegen die Verabreichung von Tinct. Fowleri begleitet. Binnen mehrerer Tage schwanden die Anfälle der Parästhesie und bis jetzt ist der Pat., welcher das Mittel noch gebraucht, vollkommen frei von ihnen geblieben.

2) Ein 26jähr. Mann aus dem gelehrten Stande erzählte mir, dass er seit seiner Kindheit zuweilen von einem seltsamen „Kribbeln“ in Unterschenkeln und Füssen heimgesucht werde. Nach oft monatelangen Pausen trete das Gefühl ohne bekannte Ursache des Abends bei sitzender Körperhaltung auf. Es beginne in den Zehen und gehe von da auf Fuss und Unterschenkel über; ob es in den Muskeln sitze, könne er nicht angeben; es sei nicht schmerzhaft, aber peinlich und veranlasse ihn, zuckende Bewegungen mit dem Beine zu machen. Letztere zu unterdrücken, sei ihm nur mit grosser Ueberwindung möglich, obwohl er oft durch sie seine Umgebung in Erstaunen gesetzt habe. Gehen oder Liegen liess die Sensation verschwinden. Dieses Uebel ist nun in der Familie des Betroffenen erblich. In geringem Masse litten sein Vater und die Geschwister desselben daran, oft aber und in störender Weise der Grossvater. Der Erzähler erinnert sich, als Kind oft über den Grossvater erschrocken zu sein, welcher ohne jede sichtbare Veranlassung mit dem Beine zuckte. Eine Behandlung war wegen der relativen Geringfügigkeit des Leidens nie instituirt worden.

An disse Beobachtungen schliesse ich einen Fall, welcher sich

mit dem Berger'schen Krankheitsbilde nicht deckt, aber offenbar eine ähnliche Affection darstellt und wegen seiner Seltsamkeit eine Erwähnung verdient.

3) Ein 56jähriger Beamter aus einer benachbarten Stadt consultirte mich wegen eines seit 20 Jahren bestehenden Leidens. Allmählich traten unwillkürliche Zuckungen im Knie- und Fussgelenke auf, welche den Schlaf des Pat. störten und nur durch Aufstehen zu beschwichtigen waren. Besondere Empfindungen wollte der Kranke dabei nicht haben, nur „ein Gefühl der Unruhe". In den letzten Jahren hatte sich der Zustand verschlimmert, sodass Pat. die meisten Nächte auf einem Stuhle zubrachte. Die Zuckungen traten auch während des Tages auf. Pat. erklärte theils desshalb, theils weil er durch den Mangel an Nachtruhe geschwächt werde, sein Amt aufgeben zu müssen.

Die eingehendste Untersuchung ergab überall durchaus normale Verhältnisse. Pat. war ein kräftiger Mann und nie ernstlich krank gewesen. In seiner Familie waren angeblich keine Neuropathien vorgekommen. Die verschiedensten Kuren hatten seinen Zustand nicht gebessert. Ich verordnete Tinct. Fowleri, habe mich aber, da Pat. nicht wiedergekommen ist, von der Wirkung nicht überzeugen können.

Leipzig, December 1879.

II. Referate.

10) **H. Hadlich** (Pankow): Ueber die bei gewissen Schädeldifformitäten vorkommende Gehirnmissbildung mit Verwachsung der Grosshirnhemisphären.

(Arch. für Psych. etc. X. Bd. 1. Heft. 1879.)

Die Arbeit enthält eine genaue Beschreibung zweier Gehirnmissbildungen von einem 8, respect. 20 Tage alten Kinde, die in beiden Fällen mit Abnormitäten des Schädels und Gesichts combinirt waren.

Im ersten Fall fiel zuerst eine relative Kleinheit des Grosshirns auf, sodann eine ziemlich vollständige Verwachsung der Stirnlappen, Chiasma dünn und platt, substant. perforat. ant. schmal, beide Inseln rudimentär; Gyri recti der Stirnlappen, Nervi olfactorii und Wurzeln derselben fehlen vollkommen. Fossae Sylvii nachweisbar, von den Centralfurchen nur die untersten Enden. An Stelle des Längsspaltes nur eine Furche, in deren Grund keine Spur eines Balkens, sondern eine Anzahl beide Hemisphären verbindender grauer Windungen; nur das hintere Drittel der Hemisphären durch einen vollständigen Spalt getrennt. Die Windungen der Convexität durchaus irregulär und asymmetrisch; die Occipitallappen besonders verkümmert. Im Innern existirt als Substitut der Hirnventrikel ein Hohlraum, dessen Boden durch eine Ganglienmasse, die verwachsenen und verkümmerten Thal. optici und corp. striata gebildet wird. Zirbel und Comissur post. vorhanden. Vorder- und Hinterhörner der Ventrikel fehlen, Ammonshörner mit Fimbrien erhalten, vom Fornix und Balken keine Spur. Pulvinar thal. optici

fehlt, ebenso das corp. genicul. ext. Tractus optici rudimentär. Vierhügel, Hirnschenkel, Kleinhirn, Pons und med. obl. zeigen keine wesentliche Defekte.

Das 2. Präparat repräsentirte einen noch höhern Grad der Missbildung. Zunächt eine Schiefheit, bedingt durch stärkere Entwicklung der linken Grosshirnhälfte, dann eine ungewöhnlich kräftige Entwicklung der Arterien der Hemisphären und im Zusammenhang damit eine eminente Tiefe der Furchen und Breite der Gyri. Die Verwachsung der Grosshirnhälften ist eine sehr vollständige. Chiasma nur in seiner vordern Hälfte vorhanden, tractus optici, Insulä, subst. perfor. ant., sub. und nerv. olfactor. fehlen spurlos. Die Furchen der Oberfläche durchaus regellos, asymmetrisch auf beiden Seiten. Ein grosser Spalt trennt das Grosshirn von hinten her und zwar an der Oberfläche bis zur Mitte, in der Tiefe nur halb soweit. Die Basalparthie vom vordern Rande des Pons bis zum Chiasma von ungewöhnlicher Ausdehnung. Durch einen die Convexität abtragenden Horizontalschnitt wird eine grosse nierenförmige Höhle frei, in deren Hilus eine birnförmige Ganglienmasse hineinragt. Letztere repräsentirt blos die verwachsenen Sehhügel und die Vierhügel, während die corp. striata nicht mit Sicherheit aufzufinden sind. Die seitlichen Ränder der Sehhügel sind von den Ammonshörnern eingefasst. Pulvinar. thal., corp. geniculat. ext. fehlen, ebenso völlig der tract. optici.

Behufs der *Erklärung* der in beiden Fällen gefundenen Missbildungen erörtert Verf. einige Punkte aus der Entwicklungsgeschichte des Gehirns, spec. die Entwicklung des ersten Hirnbläschens (Vorderhirn und Hemisphären). Er bespricht die Ansichten von Reichert einerseits, von His und Mihalkovics andrerseits und kritisirt namentlich die von den beiden letzteren aufgestellte Lehre von einer Theilung des ersten Hirnbläschens in zwei Abtheilungen, resp. Neubildung des sogen. *secundären Vorderhirns.* Gegen die Annahme von Mihalkovics, dass das Ausbleiben der Zweitheilung des Grosshirns in Hemisphären Folge einer Störung der Gefässentwicklung in der Medianlinie der gemeinsamen Hemisphärenblase und mangelnder Bildung der Hirnsichel sei (— also eine Hemmungsbildung und nicht ein nachträglicher Verwachsungsprozess —) bemerkt Verf., dass 1) bei den fraglichen Missbildungen durchaus kein Defekt der Gefässentwicklung nachzuweisen sei, und 2) dass constant verschiedene neben der grossen Längsspalte an der äussern Oberfläche der Hemisphären gelegene Theile fehlen, für deren Defekt die M.'sche Theorie keinen genügenden Grund beibringen können. Verf. nimmt vielmehr zur Erklärung der erörterten Missbildungen eine *mangelhafte Schliessung der Hirnröhre am Vordertheil des ersten Hirnbläschens* an, einen *Defekt der Ränder der offenbleibenden Spalte.* Auch an den aus den Seitentheilen des ersten Hirnbläschens hervorsprossenden Grosshirnhemisphären wird der mediale Theil fehlen; in einem späteren Stadium der Entwicklung der rudimentären Hemisphären tritt dann eine mehr weniger ausgedehnte *Verwachsung* derselben ein. Das Fehlen der Hirnsichel ist Begleiterscheinung, nicht Ursache der Missbildung. Der dritte

Ventrikel wird dabei natürlich ebenfalls stark in Mitleidenschaft gezogen, speciell die Bildung seiner Decke gestört und eine Verwachsung seiner Wände herbeigeführt. Die Verkümmerung des Zwischenhirns (pulvinar. thal. opt., corp. genicul., tract. optic.) ist eine Folge der genannten Processe, der Verwachsung der Wände des dritten Ventrikels und der Zerstörung des Abschlusses der medianen Wand des Seitenventrikels.

Eisenlohr (Hamburg).

---

11) **Campbell Clark**: Detached left occipitale Lobe and other abnormalities in the Brain of a hydrocephalic Imbecile.

(Journ. of ment. sc. Oct. 1879, p. 329—347 m. 1 Tfl.)

Ein 40jähriger Mann, der illegitime Sohn einer trunksüchtigen Mutter, war von Geburt an an beiden rechten Extremitäten gelähmt, so dass er sich selbst auch auf allen Vieren nur wenige Meter weit mühsam fortbewegen konnte und dadurch, sowie wegen seines Geisteszustandes äusserst hilflos war. Auch die Sensibilität war auf der rechten Seite etwas herabgesetzt.

Sein Ideenkreis und die Art seines Sprechens waren die eines Knaben von 10—12 Jahren, auffallend waren seine übergrosse Furchtsamkeit und sein relativ gutes Gedächtniss.

Im Unterkiefer fehlten ihm alle Mahlzähne, im Oberkiefer war deren einer vorhanden, dafür fehlten dort auch die Backen- und Eckzähne. Der Schädel war gross und unregelmässig, die Stirne ragte weit über das kleine Gesicht vor, besonders rechts, an der linken Spheno-temporal-Gegend sass ein hühnereigrosser Vorsprung. Die Fontanelle war abgeflacht, aber verknöchert.

Die Körperlänge betrug 4 Fuss 6 Zoll engl., der Brustumfang $29^3/_4$". Der Schädel zeigt folgende Masse in englischen Zollen-Centimeter:

		Zoll	cm
a) Vom Tragus zur Mitte der Stirn	links	$6^1/_2$	16.51
	rechts	6	15.24
b) Vom Tragus zur Protub. occipit.	links	7	17.78
	rechts	$6^1/_2$	16.51
c) Von der Protub. occip. zur Glabella		14	35.56
d) Von einem Process- mastoid. zum andern		$14^1/_2$	36.83
e) Schädelumfang in der Höhe der Proc. mast. und Emint. front.		$24^1/_2$	32.23
davon auf die rechte Hälfte		12	30.48
„ „ „ linke „		$12^1/_2$	31.75

Im Nachfolgenden werden die wichtigsten Daten aus dem Gehirnbefund hervorgehoben. Rechts fand sich innerhalb der Arachnoidea eine etwa 16 Unzen haltende Cyste, links eine ähnliche etwa 20 Unzen fassende und vor ihr eine zweite von der Grösse einer mittelgrossen Orange; die ersten beiden enthielten klares, die letztere, durch Blut tingirtes Serum.

Rechts war von der oberen Stirnwindung nur das hintere Viertel vorhanden, von der mittleren hingegen fehlte das hintere Viertel, so dass an dieser Stelle der Ventrikel eröffnet war. Beide

Centralwindungen waren, wenn auch etwas verkürzt, vorhanden, der Gyrus supramarginalis ebenfalls, der Rest des Scheitellappens war von vier abnormen, senkrecht gestellten Windungen eingenommen, die Fissura intraparietalis fehlte. Hinter dem Sulcus parieto-occipitalis war eine abnorme Furche eingeschoben. Der Gyrus fornicatus war defect.

Links war das corpus striatum grösser als rechts; aber erweicht, der Thalamus opticus fast rudimentär. Die untere Temporalwindung fehlte vollständig, die mittlere war fast zerstört. Die Centralfurche, beide Centralwindungen, die Sylvische Furche und die Insel waren in der Entwicklung zurückgeblieben. Der Occipitallappen war ohne jeden nervösen Zusammenhang mit dem übrigen Gehirn, mit dem es nur durch die Pia verbunden war, trotzdem war er dabei in seiner Structur nicht wesentlich verändert.

Der Balken fehlte, der rechte Hirnschenkel war fast doppelt so stark als der linke, ebenso verhielt sich die rechte Pyramide zur linken. Der linke Ventrikel war klein der Aquaeductus Sylvii obliterirt. Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

12) **Fletcher Beach**: A Case of Tumour of the Brain associated with Epilepsie and Catalepsy.

(Journ. of. ment. sc. Oct. 1879, p. 326—329.)

Ein 16jähriges Mädchen hatte von ihrem 9. bis 13. Jahre an Chorea, von da an an Epilepsie gelitten, 2mal waren kataleptische Anfälle beobachtet worden. Sie starb indem sie acuten Gelenksrheumatismus mit Pericarditis überstanden hatte, während eines epileptischen Anfalles, der vorwiegend die linke Körperhälfte betraf.

Bei der Section fand sich eine wallnussgrosse Cyste unter der rechten oberen und mittleren Stirnwindung. Dieselbe bestand aus einer ziemlich dicken Schale, die mit einem käsigen Inhalt angefüllt war, von welchem F. B. vermuthet, dass er aus der Vereiterung eines früher vorhanden gewesenen Sarcoms entstanden sei. Die Dura adhärirte fast allenthalben stark am Schädeldach, besonders aber über der Cyste, an welcher Stelle sie auch verdickt war.

Krueg (Oberdöbling bei Wien.)

---

13) **Julius Althaus** (London): Chorea mit Epilepsie gepaart.

(Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankh. X. Band, 1. Heft.)

Ein neuropathisch stark belasteter junger Mann war in seinem 15. Lebensjahre an einer durch Intensität und Extensität ausgezeichneten *Chorea* erkrankt, welche allen im Laufe der Jahre versuchten Mitteln hartnäckig widerstand. Nach fast 18jähriger Dauer des Leidens führte der Gebrauch von *Chloral* eine auffallende Besserung herbei. Die Erklärung für die günstige Wirkung dieses Mittels beim Veitstanz findet der Verf. darin, dass dasselbe eine Anämie des Gehirns erzeugt und somit der der Chorea zu Grunde liegenden Veränderung — „active Hyperaemie der Streifenhügel u. des ganzen Bezirkes der Arteriae Fossae Sylvii“ — direkt entgegenwirkt. (? Ref.)

Als Ursache der Erkrankung in dem mitgetheilten Falle beschuldigt A. die von dem Patienten zur Zeit der Krankheitsentwicklung begonnene Onanie, zumal die Chorea gewöhnlich weit früher, am häufigsten zwischen dem 5. und 10. Lebensjahr, auszubrechen pflegt. Vielleicht in Folge einer Insolation gesellten sich 6 Jahre nach dem Beginn der Chorea *epileptische Anfälle* hinzu und in einem solchen Anfalle starb der Kranke im Alter von 36 Jahren. Die Section wurde nicht gemacht. Da der Patient das Chloral sehr nützlich fand war er bald in die Gewohnheit verfallen gesteigerte Dosen zu nehmen schliesslich bis zu 120 Grm. den Tag, anderthalb Jahre lang !! Die ausserordentliche Verbreitung des Opiumessens und des Chloraltrinkens in England erklärt sich durch den hier bestehenden Missbrauch, dass Jedermann ein in seinen Händen befindliches Recept ohne ärztliche Sanction, so oft ihm beliebt, wiederholen lassen kann; natürlich ist dadurch auch der Giftmord bedeutend erleichtert. Berger (Breslau).

---

14) **A. Brousse:** Quatre nouveaux cas d'athétose.
(Extrait du Montpellier Médical 1879.)

Die beiden ersten der hier mitgetheilten Beobachtungen sind Fälle sogen. Hemiathetose. Bei beiden war cerebrale Atrophie des Kindesalters, linksseitige Hemiplegie u. Hemiathetose der l. Hand vorhanden, beim zweiten ausserdem noch epileptiforme Anfälle. Von der post-hemiplegischen Chorea unterscheidet sie sich im Wesentlichen nur durch die langsamer ablaufenden unwillkürlichen Bewegungen und deren Isolirtsein auf Hand und Fuss. Auch bei dem dritten Falle von doppelter Athetose, die nach Oulmont einzig den Namen verdient, ist eine cerebrale Atrophie und Idiotie verzeichnet. Hier waren bei den Bewegungen alle 4 Extremitäten betheiligt; beim 4. und letzten Falle griffen sogar die charateristischen Bewegungen auf Gesicht und Hals über und wechselten mit Contractionen des Kniees und Fussgelenkes.

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

I. Die Athetose ist ein Symptom, das sich klinisch verschieden darstellen kann.

II. Ob ein- oder doppelseitig zeigt sie grosse Aehnlichkeit mit der Chorea; man kann sie als Abart derselben betrachten (vergl. Bourneville, Charcot, Uebers. v. Fetzer II. Abth. IV. Theil Ref.)

III. Man kann Uebergangszeiten zwischen der typischen Athetose und der Chorea auffinden.

IV. Die Athetose tritt mehr oder weniger vollständig in verschiedenen Formen auf. Man kann 3 Hauptformen unterscheiden.

1) typische Form: In der Ruhe persistirende, unfreiwillige Bewegungen.

2) Unvollständige, verwickelte Form. Nur in Zwischenräumen oder bei Gelegenheit willkürlicher Bewegungen auftretende unwillkürliche Bewegungen.

3) Gemischte oder Uebergangsform: Zu den Bewegungen der Extremitäten gesellen sich Gesicht- und Hals- ja selbst Bewegungen anderer Körpertheile.

(vergl. Zu dieser Aufstellung das Ref. von Dehn im Centralbl. Nro. 23, 1879. Ref.)

V. Es existirt eine bislang unerklärte Beziehung zwischen cerebraler Atrophie und Athetose.

Goldstein (Aachen).

---

15) **Albert Rutzlaff**: Einige Versuche über die bilateralen Functionen und Application von Hautreizen.

(Dissert. Greifswald 1879.)

Die Versuche d. Verf's wurden mittelst des electr. Pinsels angestellt, welcher an der Volarseite des Armes applicirt wurde. Die aesthesiometrische Prüfung wurde mittels eines Cirkels vorgenommen, die des cutanen Gemeingefühles, d. h. desjenigen Rollenabstandes, bei dem soeben der elektrische Strom percipirt wurde, mittelst der isolirten Enden des Leitungsdrahtes, 1 Ctm. von einander gehalten. Bei der Prüfung des Ortssinnes wurden die Cirkelspitzen und Electroden in der Richtung der Längsaxe aufgesetzt. Die Ortssinnsprüfung ergibt, dass abgesehen von individuellen Schwankungen, die gereizte Stelle sich gleichsam auf Kosten der symmetrisch gelegenen zu einer besseren Sensibilität erhebt. Nicht ganz exact fielen die Untersuchungen betreffs des cutanen Gemeingefühles aus, obwohl dasselbe an der gereizten Stelle durchgängig gesteigert war. Es fiel aber in der Hälfte der Fälle an der symmetr. Stelle unter die Norm, nach Verf. wohl durch Ausgleichungsschwankungen bedingt.

Anaesthesirte Verf. den einen Vorderarm durch die Aetherdouche, so trat eine Verfeinerung der Sensibilität der symmetrischen Stelle ein. Die Untersuchung des Ortssinns lieferte nicht so genaue Resultate, wie die des cutanen Gemeingefühls bei welchem eine Erhöhung (bei Verf. eigner Person) von 7,2 Ctm. auf 8,7 Ctm. statt hatte, während an der aetherisirten Stelle der electr. Strom bei 4,6 Ctm. empfunden wurde. Versuche am Frosch mit Saponin fielen negativ aus. Die obige Versuche dienen zur Bestätigung der Lehre von den bilateralen Functionen.

Goldstein (Aachen).

---

16) **M. Moritz**: Ueber einige Praeparate des Gelsemium sempervirens.

(Dissert. Greifsw. 1879.)

Seinen frühern Untersuchungen über Gelsemium fügt Verf. in seiner Dissertation drei neu geprüfte Praeparate bei. Früher schon war bei Warmblutern in den ersten Stadien der Vergiftung anfallsweises Auftreten von Zittern des Kopfes und der vordern, bisweilen auch der hinteren Extremitäten beobachtet worden. Dazu kam bald Schwächung der Motilität neben Herabsetzung der Athmungsthätigkeit, zuletzt Verminderung der Sensibilität und Tod in Folge von Respirationslähmung. Sinken der Temperatur, Verlangsamung der Herzthätigkeit und Speichelfluss sind weniger auffällige Symptome. Die Bewegungsanomalien der ersten Periode waren bei

Fröschen weniger deutlich. Gegen O. Berger wird die Wirkung des Giftes auf Muskeln und Nerven direct, in Abrede gestellt, da eine Herabsetzung der Erregbarkeit der Muskeln und motorischen Nerven nicht constatirt werden konnte. Die Wirkung des Gelsemium bei Kaltblutern wird als auf das Gehirn und Rückenmark deprimirend mit anfänglicher Erregung angegeben; ferner wirkt es lähmend auf die sensibelen Rückenmarksleitungen während die motorischen noch in einem Zustande erhöhter Reizbarkeit sich befinden. Bei Warmblutern bewirkt es cerebrale Erregung mit folgender Depression, Erregung und Lähmung motorischer Rückenmarksbahnen, endlich Lähmung der sensiblen Spinalbahnen. — Die Versuche mit Gels. muriat. (0,05 in Aqu. dest. Glycer. pur. anna 6,0) ergaben keine wesentlichen Veränderungen gegenüber den beschriebenen Erscheinungen. Tremor war nicht immer deutlich, Motilität und Athmung waren sehr bald gestört, Tod in Folge von Athmungs-Lähmung. In den Conjunctivalsack geträufelt erfolgte sehr bald Mydriasis. Die Temperatur sank nach anfänglichem, gelinden Steigen um 2,4° C. Die letale Minimaldosis für ein Kaninchen von 1000,0 beträgt 0,0005—0,0006.

Die Tinctura Gelsem. e radice recente ist in den Wirkungen gleich den anderen Praeparaten; die kleinste tödtliche Dosis für ein Kaninchen von 1000,0 beträgt 0,6—0,7.

Extr. Gels. liqu. wirkt wie Tinctur und Alcaloid, und war constant Speichelfluss vorhanden. — Let. Dosis 0,03—0,04. Nimmt Verf. die toxische Wirkung für den Menschen 60 mal so gross als für das Kaninchen, so findet er:

Von dem Sonnenschein'schen Gelsemium	wird	0,03—0,06
„ „ Tromsdorff'schen	„	0,3—0,4
„ „ Wormley'schen	„	0,3—0,4
von der Tinct. Gels.	„	48,0
von der Tinct. e. rad. recente	„	36,0
von den Extracten d. Verf's	„	1,8—2,4

zur Vergiftung des Menschen hinreichen.

Goldstein (Aachen).

---

17) Wilbrand und Binswanger: Ueber ascendirende Neuritis des Nerv. optic. bei chronischem Hydrocephalus internus, nebst Bemerkungen über die Faservertheilung des Sehnerven in der retina.

(Schles. Ges. f. vaterl. Cultur v. 24. Mai 1879, Nro. 10 nach Hirschberg's C. f. Augenheilk. Juli, p. 206.)

Ein unter dem Bilde eines Tumor cerebri erkrankten Mannes zeigt beiderseits eine periphere Einschränkung des Gesichtsfeldes und ophthalmoskopisch ausgeprägte Stauungspapillen. Die Section ergab einen chronischen Hydrocephalus internus. Die mikroskopische Untersuchung erwies, dass beide Sehnerven in der Nähe ihres intraoculären Endes am intensivesten erkrankt, dagegen mehr central normal waren. Am linken Sehnerv waren die peripheren Nervenfasern atrophisch, während die centralen intact geblieben waren; die degenerirte Parthie umgab die gesunde gleichsam gürtelförmig. Die periphere Gesichtsfeldbeschränkung wurde also anatomisch durch eine Degeneration der peripheren Fasern des Sehnervenstammes be-

dingt. Verf. zieht daraus den Schluss, dass die die Netzhautperipherie versorgenden Nervenfasern nicht im Axentheil des Sehnerven verlaufen könnten, sondern dass die peripheren Sehnervenfasern auch zur Peripherie der Netzhaut gehen müssen, während die Macluta von mehr in der Axe des Nerv. optic. verlaufenden Fasern innervirt wurde. Nieden (Bochum).

18) **Vogel**: Ueber die Veränderungen der menschlichen Pupille bei der Chloroformnarkose.

(Petersb. med. Wochenschr. 1879. Nr. 13 folgd. nach Hirschb. C. f. Augenheilk. p. 218.)

Nach dem Stadium der Excitation tritt eine gewöhnliche Erweiterung der Pupillen ein, der Bulbus ist nach oben und innen gerichtet, in tieferer Narkose verengt sich die Pupille, der Bulbus sinkt nach unten, beim Erwachen erweitert sich rasch die Pupille. Bei anderen Beobachtungen erweitert sich anfänglich die Pupille und bleibt dilatirt, um erst am Ende der Narkose wieder enger zu werden. In der dritten Kategorie war bei Collaps, die Pupille mässig contrahirt und reflexlos. — Als allgemeine Schlussfolgerungen können aufgestellt werden, dass sich in der Narkose zuerst die Pupille dilatirt, später sich erst contrahirt. Der Moment, wo sie sich energischer contrahirt, bezeichnet den Anfang des Nachlassens der Narkose, oder auch sie contrahirt sich nicht während der tieferen Narkose, sondern erst im Beginne des Nachlassens derselben. Uebergänge zwischen diesen beiden Formen kommen auch vor. Erweitert sich in tiefer Narkose die Pupille abermals, so ist drohende Aphyxie vorhanden. Die Augäpfel stehen anfangs so gerichtet, dass die corneae nach oben gelagert sind, dann treten dieselben in die Mitte der Lidspalte, während Hin- und Herbewegen der Bulbi auf Nachlass der Narkose deutet. Nieden (Bochum).

19) **M. Duwal**: Der wahre Ursprung der motorischen Nerven des Auges (3. 4. u. 6. Paar).

(Gaz. hebd. Nro. 27. 1879 nach Hirschb. C. f. Augenhlk. p. 227.)

Auf Grund anat. physiol. Untersuchungen an Affenhirnen stellt Verf. fest, dass ein sehr deutliches Bündel vom Kern des 3. Paares zu dem des 6. der entgegengesetzten Seite hinüberzieht. Dadurch erklärt sich die gleichzeitige Contraction des *rechten* rectus internus und des *linken* rectus externus. Dieses Nervenfaserbündel ist beim Affen doppelt, und geht einer der beiden Zweigen über in den Kern des obliqus superior. Dieser Nerv bezieht seinen Ursprung vom Kern des rectus externus. Daraus erhellt, dass er einen Muskel versorgen muss, der den Bulbus nach aussen dreht. Bei der Seitwärtsbewegung des Kopfes wirkt er zusammen mit dem obliqus inferior der entgegengesetzten Seite, aber in entgegengesetztem Sinne. Dem entsprechend vermischt sich der Kern des Trochlearis mit der hinteren Parthie des Kernes vom Oculomotorius. Der Trochlearis decussirt in der Valv. Vieussenii und geht über zu dem der entgegengesetzten Seite. Die gemeinschaftliche Wirkung der beiden obliqui erklärt sich also aus dem gemeinschaftlichen Ursprunge ihrer Nerven.

Nieden (Bochum).

20) Prof. **H. Cohn**: Notiz zur Taback-Amblyopie.
(Hirschberg C. B. f. Augenhlk. 1879. Octbr. p. 300.)

Verf. beobachtete einen Fall von Tabackamblyobie bei einem 70jährigen Herrn, der seit dem 15. Lebensjahr täglich 12—15 Havannah-Cigarren ohne Schädigung seines trefflichen Sehvermögens geraucht hatte. Nachdem er in den letzten Monaten erst eine Sorte holländischer Cigarren benutzt, von denen er täglich die gleiche Quantität geraucht, bemerkte er Abnahme der Sehschärfe und zwar bis auf $^1/_{30}$ resp. $^1/_{40}$ des normalen Grades. Centrale Farbenblindheit für roth und grün, das charakteristische Symptom dieser Amplyopie, war ausgesprochen vorhanden, die chemische Analyse ergab das auffallende Resultat, dass die schwere Havannah-Cigarre, die Patient ohne Schaden jahrzehnte lang geraucht hatte, 2,02% Nicotin enthielt, während in der „leichten" holländischen nur 1,8% Nicotin sich nachweisen liess. Allein das Gewichtsverhältniss der beiden Sorten gab die Erklärung der schädlichen Wirkung der letzten Sorte, da die Havannah-Cigarre 4,7 Gramm, die holländische indess 9,0 Gramm wog, also Patient trotz gleicher Cigarrenanzahl doch jetzt fast die doppelte Quantität Nicotin genoss. — (1,944 gegen 1,142 früher pro die.) — Abstinenz, Strychnininjection etc. brachte in Kürze das Sehvermögen wieder auf $^2/_9$ gegen $^1/_{40}$ früher.

Nieden (Bochum).

---

21) **von Krafft-Ebing** (Graz): Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für praktische Aerzte und Studirende.
(3 Bände, 1879. Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart.)

Mit dem vorliegenden Werke tritt uns, wenn wir die allgemeine Psychopathologie von Emminghaus und die noch nicht ganz fertige Arbeit von Dittmar mit rechnen, bereits das vierte Hand- resp. Lehrbuch über Psychiatrie entgegen, das innerhalb der letzten 2 Jahre in Deutschland erschienen ist, und unwillkürlich frug ich mich vor Beginn der Lektüre: Wirst Du etwas relativ vollständiges und viel Neues in zwingender und ansprechender Form finden? Aber bereits die ersten 20 Seiten dieses Lehrbuches fesselten mich durch die verständliche Sprache, den klaren, glatten Styl und die ruhige, objektive Darstellungsweise so, dass ich mich mit wachsendem Vergnügen in ein eingehendes Studium derselben vertiefte. Die Lektüre wirkte um so erfrischender, als sich mir während derselben unwillkürlich der Vergleich mit dem Handbuch von Schüle aufdrängte, dessen reiches, schätzbares Material und grosser wissenschaftlicher Werth leider an vielen Stellen durch zu bilderreiche Sprache, durch ungewöhnliche Diktion und zu lange Perioden an frischer unmittelbarer Wirkung verliert. Allein wenn wir auch von der äusseren Form, die ja bei der Beurtheilung eines Werkes erst in zweiter Linie kommt, absehen so müsssen wir auch aus inneren Gründen der Arbeit von v. Krafft den Vorzug geben.

Die Eintheilung des Stoffes in Sch.'s Handbuch scheint uns nicht so organisch zu sein wie bei v. Krafft. Das Gleiche gilt von

Dittmar's Torso. Es fehlt den beiden Arbeiten das Uebersichtliche und streng Systematische, der wohlgefügte Aufbau, der stetige Fortschritt vom Allgemeinen zum Besonderen. Dies muss bei einem Buche, welches einen ohnehin schon so schwer tractablen Stoff wie die Psychiatrie zum Gegenstand hat, unter allen Umständen als ein Mangel bezeichnet werden. Jedenfalls macht es ein solches nicht geeignet, Anfängern das Studium dieses Spezialfaches zu erleichtern. v. Krafft's Werk ist dagegen nicht nur ein Buch, in welchem der erfahrene Psychiater alles Wissenswerthe finden kann, sondern es stellt auch im vollen Sinne des Wortes ein systematisches und praktisches Lehrbuch dar und kann daher Anfängern in jeder Beziehung empfohlen werden.

Einige Vergleiche werden meine Behauptung rechtfertigen. Sch.'s Handbuch beginnt gleich mit den schwierigen psychologischen und psycho-physischen Fragen, an die sich gleich die allgemeine Pathologie reiht. Dann folgt der historische Theil und erst im 13. Capitel bespricht Verf. die zum Studium der Seelenstörungen erforderlichen anatomischen, physiologischen und anthropologischen Thatsachen. v. Krafft dagegen stellt die letzteren an die Spitze seiner Betrachtungen, wobei er auf die Uebergänge zwischen physiologischen und rein psychologischen Phänomene aufmerksam macht. Hierauf lässt er einen übersichtlichen Rückblick auf die Entwicklung der Psychiatrie folgen, an den sich sehr beobachtenswerthe Gedanken über die bisherigen Errungenschaften und die zukünftigen Ziele dieser Wissenschaft und über ihre enge Zusammengehörigkeit mit vielen andren Gebieten des Wissens, insbesondere mit der Neuropathologie, anschliessen, und schildert, ehe er zur allgemeinen Pathologie der Geisteskrankheiten übergeht, erst kurz die Analogien des Irreseins.

Er unterscheidet sich ferner dadurch vortheilhaft von Sch., dass er es vermeidet, zu sehr in extenso auf die vielen Theorien, welche im Laufe der letzten Jahrhunderte entstanden sind, einzugehen, sich in der Abwägung von Controversen zu erschöpfen und alle möglichen Hypothesen zur Lösung der manchfaltigen noch vorhandenen Probleme zu erörtern, vielmehr hat er dieselben nur in soweit benutzt, als sie zur Erklärung und Begründung der in seinem Werke vorgetragenen heute gültigen Anschauungen absolut erforderlich waren. Das Gegentheil finden wir bei Sch., und das macht sein Handbuch für Anfänger geradezu verwirrend. Dieselben verlieren über dem grossen Apparat von historischen, kritischen, erläuternden, hypothetischen Zwischenbemerkungen und Anmerkungen den rothen Faden, der sich durch das Ganze zieht, und sehen dann den Wald vor Bäumen nicht mehr.

Diese Anhäufung von gewiss oft sehr interessanten Ansichten bei Sch. muss bei Anfängern diesen Effekt um so mehr erzielen, als schon ohnedies durch das Zwischenschieben der zahlreichen Krankengeschichten in den Haupttext der ruhige Fluss der Betrachtung gestört wird. Ich für meinen Theil ziehe wenigstens die Einrichtung v. Krafft vor, wonach der klinischen Casuistik ein eigner gewidmet ist.

Was die Gruppirung des Stoffes innerhalb der einzelnen Unterabtheilungen betrifft, so zeigt hierin keins von beiden Werken Vorzüge vor dem anderen. Auch die Ausdehnung, welche Sch. und v. Krafft den verschiedenen Capiteln gegeben haben, steht, abgesehen von dem eben im Allgemeinen gerügten Missstand in Sch's Handbuch, hier wie dort im richtigen Verhältniss zur Wichtigkeit des jedesmaligen Stoffes. Nicht das Gleiche lässt sich von Emminghaus sagen, da er manches, z. B. die physicalische Diagnostik und die Kopfmaasse mit einigen Zeilen abgefertigt, Anderem, wie z. B. der Chorea, viel zu viel Raum schenkt.

Nach dieser allgemeinen vergleichenden Besprechung wollen wir uns v. Krafft's Lehrbuch etwas näher ansehen.

Es zerfällt, wie gesagt, in drei Bände, von denen der *erste* in der Einleitung die anatomisch-physiologischen, psychologischen, die allgemeinen anthropologischen und historischen Vorfragen erörtert und sich dann mit den Analogien der Geistesstörungen und den elementaren Störungen der Gehirnfunktionen im Irresein beschäftigt. Letztere zerfallen nach v. Krafft in die: A. psychischen Elementarstörungen, und zwar I. Anomalien der fühlenden Seite (Gemüth), II. Anomalien der vorstellenden Seite, III. Störungen in der motorischen Seite des Seelenlebens, IV. Die elementaren des Bewusstseins, V. Die Störungen der Lautsprache im Irresein, VI. Die psychosensoriellen Störungen (Sinnestäuschungen); B. Störungen der sensiblen-; C. Störungen der motorischen Functionen; D. Störungen im Gebiet der vasomotorischen Nerven; E. Störungen im Gebiet der trophischen-; F. Störungen der secretorischen Functionen; G. Störungen im Bereich der vitalen Funktionen.

Den vier letzt genannten Störungen hat Verf. in Anbetracht ihrer bisherigen stiefmütterlichen Behandlung in den Lehrbüchern und ihrer Wichtigkeit für die Diagnose, Prognose und Therapie eine besondere Berücksichtigung angedeihen lassen. — In dem Abschnitt über die Störungen der Lautsprache im Irresein ist vielfach auf Kussmaul's hervorragendes Werk Rücksicht genommen.

Die folgenden Capitel des ersten Bandes beschäftigen sich mit den Ursachen des Irreseins, mit dem Verlauf, der Dauer und dem Ausgang der psychischen Krankheiten, mit der Morbilität und wichtigen intercurrirenden Krankheiten der Irren, mit der Prognose des Irreseins, mit der allgemeinen Diagnostik und Therapie.

Die Ursachen des Irreseins hat er nach der gebräuchlien Weise in prädisponirende und accessorische eingetheilt. Unter den ersteren hat er dem Einfluss der Erblichkeit eine eingehende Betrachtung geschenkt und die erschreckende Bedeutung derselben an einigen classischen Beispielen aus seiner eignen und Anderer Erfahrung gezeigt. — Die Frage, ob in der Neuzeit eine absolute Zunahme der Geisteskrankheiten stattfinde, glaubt er bejahend beantworten zu müssen, und führt als hauptsächlichen Grund die Schattenseiten der wachsenden Civilisation, besonders die hochgradig gesteigerten Auforderungen im Kampf um's Dasein an, womit man sich wohl einverstanden erklären muss. — Ob es ein erbliches Irressein als klinische Form gibt, wie Morel behauptet und Emminghaus anzunehmen

scheint, lässt Verf. dahingestellt sein. — Bei der Prognose der Vererbung hat er hauptsächlich auf die geistreichen Ansichten von Richarz und Jung recurrirt, denen zu Folge die körperliche Aehnlichkeit in Bezug auf die Vererbungsfrage sehr bedeutsam ist.

Das ausgezeichnetste Capitel in diesem Bande ist das über die allgemeine Diagnostik. Ich muss betonen, dass ich noch in keinem anderen Werke über Psychiatrie eine so ausführliche, klare, sachliche und anziehende Anleitung zur Diagnostik der Geisteskrankheiten gefunden habe: Sie wird Anfängern geradezu unentbehrlich sein. Das sich unmittelbar an dieselbe anschliessende „Schema zur Geisteszustandsuntersuchung“ enthält alle Punkte, die nur irgendwie in Frage kommen können, und wird wohl den Beifall jedes erfahrenen Psychiaters finden. Schade, dass es für viele Aerzte höchst wahrscheinlich nur ein Muster sein wird, nach welchem sie sich nie richten werden; im Interesse der Wissenschaft wäre das Gegentheil sehr wünschenswerth. — Bei der Anführung der Kopfmaasse ist dem Verf. ein kleiner error passirt, dessen Correktur er wohl nicht übel nehmen wird: der sogenannte (Längen-) Breitenindex wird nämlich nicht durch Division des Breitendurchmessers in den Längsdurchmesser erhalten, sondern durch Division des letzteren in den 100fachen Breitendurchmesser.

In dem Kapitel: allgemeine Therapie ist nichts wesentlich Neues enthalten, doch hat Verf. überall eine rationelle Anwendungsweise der wenigen uns zu Gebote stehenden Heilmittel anzuregen versucht, und in dieser Richtung beachtenswerthe Winke ertheilt.

(Schluss folgt.)

Reinhardt (Dalldorf).

---

22) **Merklin**: Studien über die primäre Verrücktheit.

(Inaugural-Dissertation, Dorpat 1879.)

(Schluss.)

Mit der intellectuellen Befangenheit den Wahnideen gegenüber contrastirt die im übrigen wohlerhaltene Intelligenz der Kranken. Die Verrücktheit kann jahrelang bestehen ohne psychischen Schwächezustand. Inhaltlich ist der Verfolgungswahn der Kranken ungemein verschieden, je nach seinem Vorleben und Bildungsgrad. Bald eine, bald mehrere Personen, bald Freimaurer, Jesuiten, Geistlichkeit, Ritterschaft, Gerichte, geheime Polizei. Diese trachten nach dem Leben. Eine Varietät der chronischen Verrücktheit sind die Processkrämer oder Querulanten. Der Wahn ehelicher Untreue ist mit sexuellem Verfolgungswahn verbunden. Eine lebhafte Farbe erhält der Wahnkern der Verfolgung durch die Sinnesdelirien und schon die gewöhnlichste Gestaltung der Verfolgungsideen, der Wahn des Kranken, dass man ihm mit Gift nach dem Leben trachtet weist auf diese zweite fundamentale Krankheitserscheinung hin. In keiner anderen Psychose haben die Sinnesdelirien eine so hohe Bedeutung, namentlich in Bezug auf das Primadialdelirium der Verfolgung. Einer jeden Sinnestäuschung entspricht eine neue Wahnidee, die dem dominirenden Verfolgungswahn untergeordnet wird und diesen ergänzt. Aber nicht nur die Sinnesdelirien sind es die den Vor-

stellungsinhalt verfälschen, der Kranke sucht auch Allem was in Wirklichkeit vorgeht, eine geheime schädliche Absicht beizulegen, er sucht eine sua res agitur (Hagen). Diese gegliederten und systematisirten, mit den Sinnesdelirien in engster Beziehung stehenden und in der Summe ihres Inhalts durch Jahre gleichbleibenden Wahnvorstellungen bilden auch das pathognostische Merkmal der ganzen Gruppe der primären Verrücktheit überhaupt. Eine wichtige klinische Erscheinung der Verrücktheit ist ihr remittirender Verlauf. Die Wahnvorstellungen können für einige Zeit verblassen, oder doch weniger häufig sich in's Bewusstsein drängen, die Sinnesdelirien für Tage, Wochen und Monate ganz aufhören. Je eclatanter und stürmischer die Exacerbation war, desto deutlicher ist die Remission, zuweilen zeigt sich dann eine Andeutung von Krankheitsbewusstsein. Je länger die Krankheit besteht, desto mehr macht der remittirende Charakter dem continuirlichen Platz. In manchen Fällen ist jetzt der Verfolgungswahn durch Grössenvorstellungeni ergänzt, zu denen der Kranke auf dem Wege der Reflexion (Westphal) kommt. Die Verfolgungen müssen einen Zweck haben, er ist untergeschobener Fürst Prinz, oder Gott Christus.

Die intellectuellen Fähigkeiten erweisen sich oft nach Jahren intact, bei andern tritt ein gewisser Grad psychischer Schwäche ein. Heilungen sind selten und dann nur relativ.

Unter *acuter Verrücktheit* versteht Verf. die bereits von Westphal als besonders bezeichnete Form, die durch plötzlich — anscheinend in voller Gesundheit — mit grosser Gewalt und in grosser Ausdehnung aufspringende Hallucinationen charakterisirt ist. Das Auftreten der Psychose ist so stürmisch, dass diese auch sofort dem Laien erkenntlich ist. Plusionen und Hallucinationen folgen sich so schnell, dass der Kranke nicht dazu kommt, diese Erscheinungen und Erfahrungen zu ordnen. Auf der Höhe der Krankheit erreicht die Incohaerenz der Wahnvorstellungen einen so hohen Grad wie beim Fieberdelirium.

Es herrschen auch hier hauptsächlich Verfolgungsdelirien, und zwar mit der Färbung des Monströsen, Unglaublichen vor. Die massenhaften Sinnesdelirien und dadurch erzeugten Wahnvorstellungen, nehmen bei dieser Form die ganze Breite des Vorstellungslebens ein. Oft führen die beängstigenden Wahnvorstellungen zu einer vasomotorischen Innervationsstörung (Präcordialangst). Das motorische Verhalten ist triebartig. Es zeigt sich Unruhe, Unsicherheit und Verworrenheit der Handlungen. Einer oberflächlichen Beobachtung kann die motorische Unruhe als Hauptsymptom erscheinen und die Kranken als Tobsüchtige gelten lassen.

Die Heilung ist im günstigsten Fall schon nach einigen Tagen zu bemerken, die Sinnesdelirien lassen wie mit einem Schlage nach, Krankheitsbewusstsein ist vorhanden, einzelne Wahnvorstellungen werden noch festgehalten, die Reconvalescenz vollzieht sich schnell. Häufiger ist ein mehr lytischer Ausgang durch ein allmäliges Zurücktreten der Delirien. Die Prognose ist günstig. Der Unterschied zwischen hallucinatorischer Exacerbation der chron. Verrücktheit und der acuten Form documendirt sich in dem ausgebildeten Krank-

heitsbewusstsein in der Reconalescenz bei letzterer Form, das ersterer fehlt.

Bei der Beschreibung der *hypochondrischen Verrücktheit* folgt Verf. ganz der (Westphal'schen) Auffassung. Diese Form verläuft unter dem Bilde der chronischen und bietet wie diese typische Remessionen, nur ist sie aus Hypochondrie hervorgegangen, und Wahnvorstellungen von specifisch hypochondrischen Charakter während des ganzen Krankheitsverlaufes sich beobachten lassen. Man kann die Hypochondrie eine milde Form der Verrücktheit nennen, aber desshalb braucht die Hypochondrie durchaus nicht in „hypochondrische Verrücktheit" überzugehen. Bald sind es localisirte hypochondrische Sensationen,die den Anfang der Krankheit bezeichnen, bald ist es ein allgemeines Gefühl einer krankhaften Veränderung des Körpers, ein Gefühl der Hemmung aller Functionen, die sonst mit Leichtigkeit von Statten gingen.

Die Vorstellung des Krankseins tritt in den Vordergrund des Bewusstseins, der Kranke glaubt sich beachtet. Aus dem Glauben einer geheimen Beobachtung gehen die Verfolgungsideen hervor. Die hypochondrischen Sensationen, die drückenden, ziehenden stechenden Gefühle sind Erfolge des schädigenden Einflusses der Feinde.

Zugleich werden diese Erscheinungen allegorisirt. So entstehen Thiere im Hirn, Herz, Magen; Organe fehlen, sind verlagert. Dazu kommen Sinnesdelirien, Grössenwahn. Die Stimmung ist anfangs analog der Hypochondrie gedrückt, die Depression verliert sich mit dem Einleben in die Wahnvorstellungen. Der äussere Habitus. solcher Kranken ist oft interessant durch die mannigfachen Vorrichtungen und Bekleidungen, wodurch sie die schädlichen Sensationen zu paralysiren suchen. Die Prognose ist trübe.

Die bei Männern auf masturbatorischer Grundlage enstandene primäre Verrücktheit, welche (Krafft-Ebing) beschrieben hat, schliesst sich der hypochondrischen Verrücktheit aufs Engste an. Sie unterscheidet sich von jener im Wesentlichen nur durch die Aetiologie, das prävalirende Vorkommen von Geruchshallucinationen, und den häufig schnellen Uebergang in allgemeine psychische Schwäche.

Die *hysterische Verrücktheit* ist ein Analogon zur hypochondrischen. Sie ensteht aus der Hystrie und ist ihr Verlauf genau wie bei der hypochondrischen nur fehlen die typischen Remissionen. Sehr oft haben die Wahnvorstellungen erotische Färbung.

Die *originäre Verrücktheit*, verweist Verf. ganz (auf Sander,) nur will er, dass der Begriff derselben nicht zu weit gefasst werde. Nach seinen Beobachtungen, ist diese Form eine klinisch gut deffirenzirbare, steht aber an Frequenz sehr hinter den übrigen zurück. Verf. hat weder die Berechtigung noch die Nothwendigkeit gefühlt, weitere Formen der Verrücktheit aufzustellen, da alle Fälle, bei deren Beobachtung ihm auch der Entwickelungsgang der Krankheit bekannt wurde, sich diesen Formen unterordnen liessen.

Für die Diagnose sind genau anamnestische Erhebungen unerlässlich.

Die einzelnen Formen der Verrücktheit unterscheiden sich von dem Wahnsinn (secundäre Verrücktheit) dass der Verrückte systematisirte Wahnvorstellungen hat, die er mit logischer Schärfe ver-

theidigt, während der Wahnsinnige kein System erkennen lässt und seine Vorstellungen entweder gar nicht oder nur sehr schwachsinnig vertheidigt.

Die Behandlung kann nur eine rein symptomatische sein.

(Neuendorff, Sonnenstein).

23 **Donald Fraser**: Spanish Asylums.

(Journ. of ment. sc., Oct. 1879. p. 347—358.)

Gelegentlich einer Reise in Spanien besuchte der Verf. im Jahre 1878 auch eine Anzahl Irrenanstalten dieses Landes, das sich rühmen kann die ältesten Irrenhäuser der Erde zu besitzen. (*Valencia* gegründet 1409, *Toledo* 1483). Der gegenwärtige Zustand derselben ist allerdings nichts weniger als lobenswürdig, er entspricht beiläufig demjenigen der vorgeschrittenen Staaten Europas zu Beginn dieses Jahrhunderts; doch wurde überall die Erkenntniss, dass eine Verbesserung dringend nöthig sei bemerkt, sowie auch Anläufe zu einer solchen wahrgenommen. Lobend wird die (einzige) Privatanstalt des Prof. Esquerdo in der Nähe von Madrid erwähnt.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

24) **Hawkins**: After Care.

(Journ. of ment. sc. Oct. 1879, p. 358—367.)

Der Verf. entwickelt den Plan, in gesunder Gegend eine Art freier Asyle für jene aus den Irrenanstalten geheilt entlassenen weibliche Kranke zu errichten, welche arm und ohne Angehörige, also darauf angewiesen sind unmittelbar nach der Entlassung einem Gewerbe nachzugehen. Der Zweck wäre ein doppelter, erstens könnte der allgemeine Nutzen für den Gesundheitszustand, den ein Landaufenthalt bringt, also eine Art „Nachcur" erreicht werden, zweitens worauf das Hauptgewicht zu legen, wäre durch einige Zeit den betreffenden Pfleglingen eine anständige Unterkunft gesichert, während welcher sie leichter einen Dienst, oder eine Beschäftigung finden können, als unmittelbar nach ihrer Entlassung aus einer Irrenanstalt.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

25) **Lush**: Presdential Adress delivere at the Annual Meeting of the Medico-Psychological Association Juli 30, 1879.

(Journal of. ment. sc. Oct. 1879 p. 309—314.)

Aus der angeführten Rede mögen hier nur einige statistische Daten hervorgehoben sein. In *England* und *Wales* waren im Jahre 1846, bei einer Bevölkerung von 17 Millionen, 23000 Geisteskranke im Jahre 1879, also nach Ablauf einer Generation, eine Bevölkerung von 25 Millionen, darunter 70,823 Geisteskranke vorhanden. Während die Bevölkerung in dieser Zeit um ca. 45 Procent zugenommen hat, ist die Anzahl der *in Anstalten untergebrachten* Geisteskranken um 250 Procent (sollte wohl heissen 350?) gestiegen; würde die Progression in derselben Weise fortgehen, so müsste man nach Ablauf der nächsten Generation auf Unterkunft für fast eine Viertel Million Geisteskranker bedacht sein.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

26) **Kohlmann** (Remagen): War N. zur Zeit seiner Testaments-Errichtung, ein Jahr vor seinem Tode dispositionsfähig? Psychiatrisches Gutachten.

(Vierteljahresschr. f. ger. Med. H. F. XXXI. 2.)

Der 45 jährige, den höheren Ständen angehörige Junggeselle errichtet 1 Jahr vor seinem Tode ein Testament, in welchem er seine nächsten Verwandten deshalb enterbt, weil dieselben angeblich ihm seit Jahren nachstellen, um in den Besitz seines Vermögens zu gelangen. Der körperliche und geistige Zustand, welchen N. zur Zeit der Testaments-Errichtung darbot, wird in erschöpfender Weise volgendermassen geschildert:

a) Körperlicher Zustand: N. ist von sehr kräftiger Körperkonstitution, bietet aber die folgenden Motilitätsstörungen dar: Verminderte Geläufigkeit der Sprache, indem Patient mit Anstrengung spricht, ungenau artikulirt und manchmal stottert; Zittern und fibrilläre Zuckungen der Zunge, starkes Zittern der gespreitzten Finger, unbeholfene Bewegungen der Arme, Insufficienz der Finger für feinere Bewegungen. Ferner schwankt Patient beim Stehen sowohl bei geschlossenen als auch bei offenen Augen. Der Gang ist sehr unsicher, die Beine werden steif und schleudernd, nicht gehörig gehoben. Elektromuskuläre Kontraktilität normal.

Sensibilitätssymptome: Schmerzgefühl erhalten, Tastgefühl oft vermindert.

Sinnesorgane: Bedeutende Herabsetzung der Sehschärfe des linken Auges und Beschränkung des Gesichtfeldes desselben in seiner äusseren Hälfte, in Folge von seit Jahren bestehender Degeneration der Papille. Ebenso besteht merkliche Schwerhörigkeit links. Ausserdem bestehen Klagen über Kopfschmerz und Schwindel, Gefühl von Dumpfheit und Schwere im Kopfe, Ohnmachtsempfindungen, anhaltende Schlaflosigkeit.

b) Psychischer Zustand. Derselbe kennzeichnet sich durch tiefe Gemüthsverstimmung sowie Angst vor Beeinträchtigung und Verfolgung, deren er besonders seine Verwandten zeiht. Auf dem intelectuellen Gebiete zeigt Patient starke Verminderung des Gedächtnisses, besonders für Ereignisse aus der jüngsten Vergangenheit, sowie allgemeine psychische Schwäche. Die Anamnese ergibt hochgradigen Alkoholmissbrauch. Dieser Zustand erfährt durch einen Schlaganfall eine bedeutende Verschlimmerung, welcher starke Sprachstörung, sowie Lähmung beider unteren Extremitäten, namentlich der linken, zurückliess. Unter Zunahme der Geistesstörung, bis fast zu tobsüchtiger Erregung ging Patient nach einem zweiten Schlaganfall, ein Jahr nach der Testamentserrichtung zu Grunde. Die Verwandten bestritten die Gültigkeit des Testamentes, weil der Erblasser zur Testirzeit geistesgestört gewesen sei. Das Gutachten des Verfassers deducirt zuerst, dass aus dem logischen Inhalt des Testamentes keineswegs die geistige Integrität des Testators und damit die rechtliche Gültigkeit der letzten Willens-Erklärung gefolgert werden dürfe. Sobald der Beweggrund zu einer Handlung auf unrichtigen, durch Wahngefühle und Wahnvorstellungen

gefälschten Prämissen beruhe, sei ein psychopathischer Zustand vorhanden, womit die Gültigkeitsbedingung eines Testaments nach rheinischem Recht, das „*être sain desprit*“ aufhören. Im vorliegenden Falle seien die Wahnvorstellungen des Testators durch die Aussagen sämmtlicher Zeugen, sowie durch das Ergebniss der ärztlichen Untersuchungen erwiesen. Verfasser rekapitulirt nun kurz die Krankengeschichte und folgert aus derselben mit unumstösslicher Sicherheit das Vorhandensein „fortschreitender, allgemeiner Paralyse“ bei dem Verlebten. Mit dieser Krankheit behaftete Individuen seien fast immer geisteskrank und zwar sei bei der grossen Mehrzahl der Kranken der charakteristische Grössenwahn (Monomanie de gradeur) vorhanden. Nächst diesem trete bei der fortschreitenden allgemeinen Paralyse der melancholische Wahnsinn auf, dessen Vorhandensein bei dem Testator ja hinreichend festgestellt sei. Das Gutachten gelangt demnach zu dem Schlusse, das N. zur Zeit seiner Testaments-Errichtung ein Jahr vor seinem Tode, nicht dispositionsfähig war, weil er sich damals in einer Geisteskrankheit befand. (Paralytischer Blödsinn mit Wahnsinn.)

Landsberg (Ostrowo).

---

27) **Zimmermann**: Hofgerichtsdirector in Darmstadt. Ein Richter erschiesst seine Gattin. Ob in Folge psychischer Entartung?

(Friedreichs-Blätter für gerichtliche Medicin etc. 30. Jahrgang 5. u. 6. Heft 1879.)

In der Nacht vom 18. zum 19. October 78 erschoss der Landgerichtsassessor N., 35 Jahre alt, seine so innig geliebte Gattin, welche im Wochenbette lebensgefährlich erkrankt war, um, wie er bei der mündlichen Vernehmung angab, die Qualen der mit der heftigsten Athemnoth ringenden Patientin zu enden. Unmittelbar nach der That empfindet er eine ausserordentliche Beruhigung. Aus den sehr ausführlichen Darlegungen des Thäters über sich u. seine That führen wir nur an, dass er, selbst nervös, von nervöser Mutter abstammt, schon früh Hang zu Lügen und Diebereien, gezeigt habe; im Februar 74 hatte er zuerst den Gedanken, den Tod seiner, an Leberleiden unheilbar darniederliegenden Mutter zu beschleunigen und liess sie auch zu diesem Zwecke etwas Chloroform einathmen. Er setzt nun seine Theorie der sogenannten Todeslinderung mit grosser Aussführlichkeit auseinander. Seine That qualificirt er juristisch als Tödtung mit Vorsatz ohne Vorbedacht, während er sie psychologisch aus einem hohen Grade von traurigem Affekt, sowie aus, die Willensfreiheit ausschliessender geistiger Störung zu erklären sucht.

Das Erste, von dem Hausarzte des N. u. einem längere Zeit psychiatrisch beschäftigt gewesenen Arzte abgegebene Gutachten vom 9. Nov. 78, schildert den N. als kräftig gebaut und gesund, namentlich frei von Gehirn und Nervenleiden. Nur über zwei krankhafte Sensationen wird zeitweise von ihm geklagt über einen fixen, stechenden Schmerz auf der rechten Seite des Unterleibes, sowie bei geschäftlichen Aergernissen über einen, kurze Zeit andauernden, beklemmenden, aber nicht eigentlich mit Angst verbundenen Druck

auf der Brust in der Herzgegend. Bei seinen nächsten Verwandten sind Geistesstörungen nicht selten vorgekommen. Eine Schwester des Vaters litt an Melancholie und starb in der Anstalt; zwei ihrer Töchter und von einer wieder die Tochter waren ebenfalls geistig erkrankt und die einzige Schwester des N. hat schon wiederholt Anfälle von Melancholie gehabt. Intelligenzdefekte, sowie Wahn-Ideen und Sinnestäuschungen wurden an dem Inkulpaten nicht wahrgenommen. Eine eigentliche moralische Reue fehlt, vielmehr hält er sich für moralisch mindestens entschuldbar. Seine Stimmung bei den Unterredungen ist eine sichtlich gedrückte. Frägt man nun, ob etwa ein rasch vorrübergehende Geistesstörung vorgelegen habe, so kommen ja in der That bei vorher ganz Gesunden solche Störungen vor, welche sowohl unter dem Bilde der Tobsucht, als auch unter dem der Melancholie mit Angst verlaufen,und in denen oft die grässlichsten Handlungen begangen werden. Im vorliegenden Falle könnte das oben erwähnte, anfallsweise auftretende Gefühl von Beklemmung für die Möglichkeit einer solchen Störung bei dem Exploraten sprechen, doch gibt er selbst an, dass er wärend der Krankheit seiner Frau gänzlich frei von diesen Anfällen geblieben sei. Auch fehlt das werthvollste Kriterium solcher vorübergehender Geistesstörungen, die Bewusstlosigkeit und die aus ihr folgende Amnesie. Vielmehr erinnert sich der Beschuldigte seiner That bis in die kleinsten Details. Auch für die Annahme einer bei dem Beschuldigten vorhandenen, schon längere Zeit dauernden Geistesstörung bietet der Beschuldigte sehr wenig Handhaben. Derselbe ist nach zurückgelegter Sturm - und Drangperiode der Jugend ein verständiger, ruhiger Mann von etwas pessimistischer Lebensanschauung. Er wacht ängstlich über die Gesundheit von Frau und Kindern, während ihm die eigentliche Hypochondrie fremd ist. Dies ist eine Charaktereigenthümlichkeit kein Beginn einer geistigen Umwandlung. Nachdem das Gutachten auch in der Motivirung der That in ihrer schonenden Ausführung, sowie in dem Verhalten nach der That nichts Pathologisches hat auffinden können, gelangt es zu dem Schlusse, dass ein Geisteszustand, welcher die Willensfreiheit ausschliesst, sich bei dem Beschuldigten nicht habe auffinden lassen. Das zweitinstanzliche ärztliche Gutachten von dem Direktor der Landes - Irren - Anstalt nach 40 tägiger Beobachtung des N. in derselben am 18. März c. erstattet, gelangt zu dem Ergebniss, dass der Beschuldigte sich zur Zeit der Begehung der That in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befunden habe, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen gewesen sei.

Das sehr ausführliche Gutachten betont zunächst das völlige Fehlen der Reue bei N. und legt sich sodann folgende zwei Fragen zur Beanwortung vor:

1. Zeigte N. schon früher ein ungewöhnliches psychisches Verhalten und zeigte er dasselbe schon von Jugend auf, so dass es als angeboren zu betrachten ist?

2. Sind in der Familie desselben psychisch abnorme Zustände beobachtet worden?

In letzterer Hinsicht wird in Ergänzung des bereits oben Angeführten festgestellt:

1. Dass der Grossvater von N. väterlicher Seits, ein notorischer Säufer war. 2. Dass der Vater des N. von jeher ein eigenthümlicher Charakter, geisteskrank, starb. 3. Dass ein Bruder des Vaters an periodischer Trunksucht litt. 4. Dass ein weiterer Bruder ein Zwerg und geistig in hohem Grade Sonderling war. Endlich starb noch eine zweite Schwester des Vaters geisteskrank. Die Mutter des N. war lange Jahre nervenkrank und später ebenfalls geistesgestört. Betreffs des psychischen Verhaltens des N. ausserhalb der That wurde festgestellt, dass N. wiederholentlich ohne jede, oder auch nur geringe Veranlassung hin, Personen in gewaltthätiger Weise attakirte Seit der Verheirathung habe sein ganzes Wesen eine sehr erhebliche und andauernde Veränderung erfahren, die übrigens nicht näher geschildert wird. Er müsse demnach annehmen, dass der sonderbare und ungewöhnliche Geisteszustand des N. ein angeborner und ererbter sei, indem bei ihm von jeher bestehende, sogenannte, constitutionelle Anomalieen des Denkens, Handels und Fühlens vorhanden seien. Derartige Zustände werden von der Wissenschaft den sogenannten psychischen Entartungen zugezählt. Frage man nun nach bestimmten Abnormitäten auch in den übrigen Thätigkeiten des Nervensystems sowie nach anderen körperlichen Fehlern, wie sie in den Fällen der psychischen Entartung neben der psychischen Störung vorhanden sein sollen, so seien auch diese Complikationen bei N. vorhanden. Hierhin gehöre die Sensation auf der Brust, sowie die abnorm starke Reaction auf den Genuss geistiger Getränke. Als körperliche Fehler werden phimosis congenita und eine mässige struma angeführt. Dieser habituelle abnorme Geisteszustand des N. musste eine Steigerung erfahren, um sich die freie Willensbestimmung bei der That auszuschliessen. Diese Steigerung erfuhr er zunächst durch die körperlich anstrengende Pflege, welche der Thäter, verbunden mit Nachtwachen, der erkrankten Frau widmete sodann durch den Zustand von Schlafwachen, welche der That unmittelbar voranging. Das Gutachten weist die Annahme der Entwicklung einer sogenannten transitorischen Geisteskrankheit, oder des sogenannten pathologischen Affekts zurück und ist vielmehr der Ansicht, dass das Handeln des N. zur Zeit der That als ein triebartiges, impulsives aufgefasst werden müsse welches jede Reflexion ausschloss.

Auch N. selbst habe es vergeblich versucht, sich über das Motiv der That klar zu werden. N. habe nur das eine Ziel im Auge gehabt, den Leiden seiner Frau ein Ende zu machen, wozu ihm der Revolver als das geeigneteste Mittel erschien. Der Gedanke dass seine Frau in Folge der Anwendung desselben sterben könne, war ihm eben so wenig klar bewusst, wie die Absicht, seine Frau zu tödten. Diesem Gutachten schlossen sich die beiden Verfasser des erstinstanzlichen Gutachtens an und wurde der Beschuldigte hiernach ausser Verfolgung gesetzt. Der juristische Berichterstatter des hochinteressanten Falles bringt zuletzt noch einige Zweifel gegen die thatsächlichen, Unterlagen des zweitinstanzlichen Gutach-

tens zur Sprache. Hiernach seien die angeblichen Gewalthätigkeiten des N. gegen Dritte gar nicht erwiesen. Wären sie aber auch erwiesen, so würden sie einfacher mit dem ersten Gutachten als Ausflüsse der Sturm- und Drangperiode zu erachten sein. Ferner widerspricht der Annahme, dass N. zur Zeit der That nicht mehr gedacht habe, sein späteres Geständniss, dass er den Revolver verbergen, sogar versteckt, einen günstigen Moment abgewartet u. die Pflegerin vom Bett wegpersuadirt habe. An Medikamente zur Erreichung seines Zweckes konnte er nicht denken, weil die Frau nicht zu schlucken vermochte. Auch übersehe das Gutachten, dass N. bereits bei seiner Mutter, fast 5 Jahre früher, seine Ansicht über Todeslinderung praktisch zur Anwendung gebracht hatte. N. verfuhr nicht blindlings, sondern mit zutreffender Ueberlegung. Die ersten Aerzte scheinen ihm in der Annahme eines hochgradigen Effekts das Richtige getroffen zu haben, welcher die Zurechnungsfähigkeit nicht ganz ausschloss. Berichterstatter schliesst mit einem Citat aus von Krafft-Ebing's Lehrbuch der Gerichtlichen Psychopathologie, wonach es für die Rechtspflege von grosser Bedeutung sei, Garantieen dagegen zu besitzen, dass nicht die Lehre vom impulsiven Irresein das Feld gewinne, das früher die berüchtigten Monomanien einnahmen.

Landsberg (Ostrowo).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Königslutter, II. Assistenzarzt, 1000 M. fr. Station. 2) Merzig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 3) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 4) Schwetz, Volontairarzt, 600 M., freie Station. 5) Eichberg (Rheingau), III. Hülfsarzt, sogleich, 900 M., fr. Station. 6) Leubus (Schlesien), II. Volontairarzt sofort, 600 M., freie Station. 7) Halle a. Saale, (psychiatr. Klinik) II. Volontärarz, 600—1200 M. fr. Station. 8) Sigmaringen, Regierungs-Medicinalrath-Stelle. 9) Grafenberg (Düsseldorf), a) Assistenzarzt 900 M., fr. Station. b) Volontairarzt 600 M. fr. Station. 10) Stephansfeld-Hörde (Elsass), Assistenzarzt, 1. Januar 1880, 900 M., fr. Station. 11) Owinsk (Posen) Volontairarzt, 1600 M., fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung und Wäsche. 12) Allenberg (Ostpreussen) 2 Arztstellen, a. 2100 Mark; b. 1200 Mark, beide freie Station. 13) Nassau (Kaltwasser-Heilanstalt), psychiatr. gebildeter Assistenzarzt, 1. April, 1500 M., freie St., monatliche Kündigung. 14) Berlin, Charité (psychiatr. Klinik), Assistenzarzt, 1. März. 15) Schleswig, Irrenanstalt, Director. 16) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Erkelenz (Aachen), Hagen (Arnsberg), Labiau (Königsberg), Lueben (Liegitz), Lüneburg (Lüneburg), Mörs (Düsseldorf), Mogilno (Bromberg), Osterburg (Magdeburg), Rendsburg (Schleswig), Rössel (Königsberg), Schlochau (Marienwerder), Sensburg (Gumbinnen), Stuhm (Marienwerder), Tondern (Schleswig), Wehlau (Königsberg), Wahrendorf (Münster), Westpriegnitz (Potsdam).

Besetzte Stellen: Leubus, 2. Arzt, Herr Dr. Sioli, bisher in Berlin, Charité.

Ernannt: Prof. Erb in Heidelberg zum Prof. ordin. in Leipzig; tritt die Stelle zum 1. April an. — Dr. Frhr. v. Krafft-Ebing in Graz zum ordentl. Prof. — Dr. Strassner in Ruhland zum Physicus des Kreises Hoyerswerda.

Auszeichnung: Ober-Med.-Rath Dr. Upmann in Birkenfeld erhielt das Ritterkreuz II. Classe des Oldenburg. Verdienstordens. — Dr. Erlenmeyer in Bendorf wurde zum Ehrenmitglied der Société de Médicine mentale de Belgique ernannt.

Todesfälle: Sanitätsrath Dr. Rüpell, Director der Irrenanstalt in Schleswig, 72 Jahre alt. — Dr. Boettcher, Director der Privatheilanstalt in Carlsfeld.

IV. Anzeigen.

Bitte.

Die geehrten Herren Autoren werden im Interesse einer schnelleren Berichterstattung über ihre Arbeiten um Einsendung von Separatabdrücken an die Redaction d. Bl. gebeten.

Coblenz, Buch- & Notendruckerei von Ph. Werle.

vorhanden, während Amnesie und Agraphie fehlten. Der Kranke konnte sich schriftlich völlig mit der Umgebung verständigen. Leichte Schwäche im linken Beine, ganz leichte linkseitige Facialparese und heftiger Kopfschmerz rechterseits, zunehmend bei Druck oder Percussion des Scheitelbeines, und starker Schwindel waren die weitern Symptome. Die Sensibilität war nirgends gestört. Trotz Ableugnung von Syphilis wurde doch Jodkali verordnet, unter dessen Gebrauch bald eine Besserung eintrat (am 26. Juni sprach Pat. zum erstenmale einige Sätze) und rasch vorwärts schritt, so dass der Kranke am 14. Juli geheilt entlassen werden konnte.

Ferrier ist der Ansicht, dass in diesem Falle eine specifische Rindenerkrankung in der Gegend der rechten Fissura Rolando vorhanden gewesen sei. Beachtenswerth ist das Auftreten der Aphasie bei linkseitiger Hemiplegie und Rechtshändigkeit. Vielleicht liesse sich nach ihm der reine atactische Character der Sprachstörung durch den rechtseitigen Sitz der Läsion erklären; indem nur die Synergie der Hemisphären aufgehoben war; während die Intactheit der linken Hemisphäre das Fortbestehen des Wortgedächtnisses und Begriffsvermögens erklärt.

Karrer (Erlangen).

---

30) **John Watt**: Notes on two cases of spina bifida in the cervical region.

(Edinburgh med. Journal. October 1880.)

Beide Kinder kamen im Alter von 3 Wochen in Behandlung. *Dieselbe* wurde nach Norton gemacht: Einstich in die Geschwulst, Ablassung eines Theils der Flüssigkeit und nachherige Injection von Jod und Jodkali in Glycerin gelöst. Die Operation wurde wiederholt, nachdem der zuerst verhärtete Tumor wieder sich erweicht hatte und Fluctuation zeigte. Bei dem einen Kinde, bei welchem die Communicationsöffnung zwischen Geschwulst und Rückgratshöhle anscheinend klein war, wurde völlige Heilung durch Schrumpfung erzielt, während das andere an Hydrocephalus starb.

Karrer (Erlangen).

---

31) **Eugen Fränkel** (Hamburg): Beitrag zur Lehre von den Sensibilitäts-Neurosen des Schlundes und Kehlkopfs.

(Bresl. ärzt. Zeitschr. Nro. 16. 1880.)

Bezüglich der Aetiologie der vom Verf. beobachteten (10) Fälle war bei zweien ausgesprochene Hysterie nachzuweisen, ein Fall ist als Kehlkopfhypochonder aufzufassen, bei zweien war die Affection im Anschluss an heftige Menorrhagien aufgetreten, bei einem wurde der Beruf (Volksschullehrer) angeschuldigt, bei weiteren dreien fehlte das ätiologische Moment, und bei einem Knaben von 13 Jahren handelte es sich um einen nervösen Husten (toux des aboyeurs). Gewisse Kehlkopfkatarrhe haben allerdings häufig unangenehme Sensationen im Bereiche des Schlundes und Kehlkopfs im Gefolge, aber diese letzteren stehen in keinem bestimmten Verhältnisse zu den

Katarrhen und überdauern sie meistens. Die Krankheitserscheinungen bestehen gewöhnlich in ausgesprochenen Parästhesieen, Brennen im Schlunde oder Kehlkopf, ausstrahlend auf harten Gaumen, Zungenwurzel, Zungenspitze. Die objectiv nachweisbaren Symptome sind gewöhnlich negativ und gerade desshalb ist auf Neurose zu schliessen. Zuweilen ist Anämie der sichtbaren Schleimhäute vorhanden, in anderen Fällen Katarrh. Bei der Anämie handelt es sich meistens um eine acute, nach grösseren Blutverlusten aufgetretene. Nicht gar selten beobachtet man eine Verlängerung der uvula, die zuweilen das Bild der Neurose vortäuscht, zuweilen Antheil an den abnormen Sensationen hat. Ferner sind Schmerzpunkte am Halse zu constatiren, die beim Aufsetzen der Electroden des constanten Stromes ausserordentlich empfindlich sind. Betreffs der Therapie hat Verf. den grössten Erfolg vom constanten Strom gehabt — posit. Electrode am Hals applicirt, in die regio submaxillar. laryngea etc., die negative an einer indifferenten Stelle.

Innere Darreichung von Bromkalium ebenfalls von Erfolg, Palliativ sehr nützlich ist ferner die feuchte Wärme in Gestalt von in heisses Wasser getauchten Compressen.

Goldstein (Aachen).

---

32) **Thomas Inglis**: Two cases of myxoedema.

(The Lancet 1880, 25. IX.)

Verf. beobachtete erwähnte Krankheit auch bei einem männlichen Kranken, bei welchem mit dem Ausbruch einer Melancholie allmählich das Myxoedem sich entwickelte und über den ganzen Körper ausbreitete. Auch die Zunge schwoll an und schien zu gross für den Mund. Der Kranke bot das Bild, wie es von Savage (cf. Centralblatt 1880 pag. 147) gezeichnet ist. Der Urin war eiweissfrei, die Herztöne rein, die Temperatur subnormal. Reflexerscheinungen bei Kitzeln fehlten, ebenso die electrische Erregbarkeit der Muskeln an Armen und Beinen. Der Kranke war zur Zeit des Berichtes anscheinend im Zustande der Verblödung.

Die andere Beobachtung betraf eine weibl. Kranke, welche an chronischer Geistesstörung, zuerst melancholischer, dann maniacalischer Zustand, litt. Bei derselben waren die gleichen körperlichen Symptome nur schwächeren Grades vorhanden. Auch sie zeigte schon beginnende Geistesschwäche.

Verf. glaubt, dass das Primäre eine trophische Störung in den Ganglien sei, durch welche dann die unvollkommene oder ganz fehlende Aufsaugung bedingt wäre. Eine erfolgreiche Behandlung ist noch nicht gefunden.

Karrer (Erlangen).

---

33) **A. Ritti** (Charenton): Ein Fall von transitorischer Manie nach einer heftigen Gemüthsbewegung.

(Annal. med. psychol. 1880. Mars.)

Ein Mädchen von 18 Jahren, welches bisher stets gesund war und nur bisweilen an Globus hystericus litt, wurde eines Tages von

einem schweren Schrecken befallen, als sie, welche die Kasse des Hauswesens ihres Vaters zu führen pflegte, in derselben ein Tausendfrankennote vermisste, welche ihr Vater, ohne es ihr zu sagen zu einer Zahlung benützt hatte. Sie eilte weinend und schreiend auf die Strasse und wollte sich in den in der Nähe des Hauses befindlichen Canal stürzen. Aufgegriffen und nach Hause geführt, erfasste sie im Vorübergehen eine Ahle und wollte sie sich in die Haut schlagen. In diesem Moment wurde sie von einem nervösen Anfall ergriffen, in Folge dessen sie die halbe Nacht wie niedergegedonnert zubrachte. Erwacht aus diesem Zustand befand sie sich in heftiger Aufregung und lebhaftem Delirium: überall sah sie Polizei, sie schrie laut nach ihrer (schon länger verstorbenen) Mutter und rief: „ich bin keine Diebin, keine Mörderin!“ Dabei war sie durchaus verworren, wusste nicht was sie that und erkannte Niemand.

Dieser Zustand dauerte 2 Tage; dann beruhigte sie sich und war vollkommen klar; sie erinnerte sich an ihren Anfall bis zu dem Eintritt des stuporähnlichen Zustandes, von da an fehlt jegliche Erinnerung. — Später hat sich nie wieder etwas von körperlicher oder geistiger Abnormität bei ihr gezeigt.

Engelhorn (Maulbronn).

---

34) **Richter** (Dalldorf): Bildungsanomalien bei Geisteskranken.

(Vortrag, gehalten in der 39. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 16. XII. 1880.)

Redner hat aus den Krankengeschichten von 200 chronisch Verrückten, bei denen er nach einem und demselben Schema den status praesens aufgenommen hatte, bezüglich deren körperlichen Entwicklung höchst interessante, in vielen Punkten neue Resultate erhalten.

Er gelangte durch die Zusammenstellung aller gefundenen angeborenen Abnormitäten zu folgenden Zahlen:

An 24 der Kranken war keine sichtbare Missbildung vorhanden.

Bei den übrigen 176 kamen vor: Unregelmässigkeiten der Hautdecken (Behaarung, Muttermal etc.) 16 mal, abnorme Iris-Färbung 87 mal, Strabismus viermal, Missbildungen der Ohren 11 mal, unsymmetrische Nasen 77 mal, Missbildungen in der Mundhöhle 37 mal, der Geschlechtstheile 20 mal, Verkrümmungen der Extremitäten 27 mal, der Wirbelsäule 9 mal, der Gehirnkapsel 8 mal, Herzfehler 5 mal, Hernie 21 mal. Ausserdem fand Redner 14 mal in mehr oder weniger ausgesprochenem Grade vorhanden eine *Anomalie des Gesichtsskeletts*, die darin besteht, dass die Knochen der *einen* Gesichtshälfte bald mehr in dem vertikalen, bald mehr in den horizontalen Durchmessern verkleinert sind.

Redner stellte der Versammlung einen exquisiten Fall dieser Gesichts-Asymmetrie vor, bei dem zugleich die entsprechende Anomalie an der Gehirnkapsel vorhanden war. Er supponirt in Fällen letzterer Art als Ursache eine frühzeitige Verknöcherung der Näthe, dabei Bezug nehmend auf Virchow's Stenokrotaphie.

Die Bildungsanomalieen des Gehirns der chronisch Verrückten erwähnte Redner nur kurz; er glaubt dieselben in dem Arrangement der Windungen suchen zu müssen, für welche Ansicht ihm schon einige Sectionen bestimmte Anhaltspunkte gegeben hätten.

Zum Schlusse referirte Redner die bei 30 Paralytikern gefundenen Missbildungen, aus deren geringerer Zahl deutlich hervorgehe, dass die Entwicklung der nicht paralytischen Geisteskranken von der Norm entfernter bleibt.

Stenger (Dalldorf).

---

35) **J. Christian** (Maréville): Zwei Fälle von allgemeiner Paralyse mit Remissionen in Folge lang dauernder Eiterung.

(Annal. méd. psychol. 1880.)

1. Fall. 32jähriger Mann mit heftiger maniakalischer Erregung und Grössendelirien. Die rechte Pupille ist weiter als die linke, die Sprache undeutlich und mitunter stotternd. Die Aufregung dauerte ununterbrochen während 6 Wochen und spottete jeglicher Behandlung, damals erkrankte Patient an einem Panaritium, welches bei seiner fortgesetzten motorischen Unruhe eine tiefgehende Phlegmone der Hand im Gefolge hatte. Im Anschluss an die damit verbundene langwierige Eiterung legte sich die Aufregung, die Sprachstörung verlor sich und nur die Pupillendifferenz dauerte fort. Dabei war der Kranke bis auf einen leichten Grad von Schwachsinn psychisch vollkommen genesen.

2. Fall. 46jähriger Mann mit grosser maniakalischer Aufregung und allgemeiner Verworrenheit; dabei Sprachstörung und deutliche Pupillendifferenz. Bei der Aufnahme hatte er über den Handgelenken, den Ellenbogen, den Knöcheln und den Oberschenkeln tiefe circuläre Wunden, deutliche Spuren einer früheren Fesselung. Diese Wunden gingen in reichliche Eiterung über und je mehr diese zunahm, desto mehr beruhigte sich der Kranke, so dass nach 14 Tagen die Aufregung verschwunden war und nur eine geringe psychische Schwäche zurückblieb.

In diesem Verlauf sieht Verf. einen Wink für die Therapie welche in der Anwendung des Haarseils, von Vesicatorien und Cauterisationen oder ähnlichen derivirenden Mitteln bestehen soll.

Engelhorn (Maulbronn).

---

36) **Lunier**: Des vols aux étalages. Ueber Ladendiebstähle.

(Annal. méd. psychol. 1880 Septembre.)

Verf. betrachtet die Beziehungen zwischen Ladendiebstählen und psychischen Störungen. Er kommt dabei zu dem Schluss, dass diejenigen, welche solches Vergehen sich schuldig machen, vor andern Verbrechern durch nichts Specifisches sich auszeichnen und dass sich unter ihnen Geisteskranke der verschiedensten Formen finden. So beobachtete Verf. unter 14 Fällen, welche er zu begutachten hatte und welche er in ihren Einzelheiten schildert, 4 Schwach-

sinnige, 3 Epileptiker, 1 hysterische, 2 secundäre Seelenstörungen, 3 Fälle senilen Blödsinns und einen Fall von Morphinismus.

Ausserdem will er 2 Fälle eigentlicher Kleptomanie beobachtet haben. Der eine betraf eine Dame, welche reich und geistvoll eine hohe gesellschaftliche Stellung einnahm. Dieselbe konnte es nicht unterlassen, wenn sie in einen Laden kam, irgend einen Gegenstand mit sich zu nehmen. Ertappt und zur Rede gestellt, zahlte sie jedesmal bereitwillig, was sie genommen. Blieb das Entwendete unbemerkt, so schickte es ihr Mann jedesmal zurück. Verf. konnte ausser dieser Sucht keinerlei krankhaftes Moment an ihr entdecken, nahm aber trotzdem einen krankhaften unwiderstehlichen Trieb, sich fremden Eigenthums zu bemächtigen an und erklärte sie für nicht verantwortlich für ihre Handlungen. Auf das Bedenkliche einer solchen Annahme ist in Deutschland längst aufmerksam gemacht worden und vor den Consequenzen der Lehre von den Monomanieen für die Rechtsprechung von maassgebender Seite genügend gewarnt. Der 2. Fall ist weniger zweifellos, indem hysterische Anfälle bald nach den begangenen Diebstählen beobachtet wurden und füglich mit dem fraglichen psychischen Zustand in Zusammenhang gebracht werden können.

Engelhorn (Maulbronn).

---

37) **Schrevens & Lentz** (Froidmont): Gutachten über eine Brandstifterin.

(Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique).

Adolphine Glorieux, 14 J. alt, seit 14 Tagen im Dienst, theilte ihrer Herrin mit, sie habe in einer Scheune einen brennenden Bund Stroh gefunden, den sie selbst sofort gelöscht habe; auf Befragen konnte sie aber die betreffende Stelle nicht mehr zeigen. Einige Stunden nachher brachte sie aber ein angebranntes Bündchen zum Vorschein mit der von Thränen begleiteten Aeusserung, man werde gewiss behaupten, sie habe Feuer legen wollen und das sei ja ein grosses Verbrechen. Am folgenden Abend brannte die Scheune wirklich nieder; Adolphine kam gleich nach Entstehen des Lärms zum Vorschein und flüchtete sich mit ihren Sachen fort; am anderen Morgen kehrte sie Heim, weinend und mit Klagen über Unwohlsein. Man fasste natürlich Verdacht auf das Mädchen und dasselbe gestand auch bald im Verhör nach vorherigem Leugnen sein Vergehen ein, gegen das Versprechen es sollte ihr nichts geschehen. — Als Motiv gab sie an: sie habe zuviel Arbeit gehabt, sei krank gewesen, habe sich zwar über den Dienst keineswegs zu beklagen gehabt, sei aber gerne Heim gegangen, habe das aber ohne genügendes Motiv nicht gekonnt und desshalb habe sie angezündet.

Die Verf. betonen nun in erster Linie die Schwächlichkeit und von klein auf bestehende Kränklichkeit der Explorantin, dann die eben eingetretene Pupertät (8 Tage vor der Brandstiftung erste Menstruation); endlich die sehr mittelmässige geistige Begabung des Mädchens.

Gestützt auf diese 3 Hauptpunkte gelangen die Verfasser in sorgfältiger und ausserordentlich guter Besprechung des ganzen Falls zur Schlussfolgerung der Unzurechnungsfähigkeit und fassen ihre Ansicht in folgenden 3 Sätzen zusammen:

1. Es existirt bei Adolphine Glorieux kein sicheres Symptom einer eigentlichen Geistesstörung.

2. Dennoch darf auf Grundlage der körperlichen, physiologischen und pathologischen Symptome, die sie bei Begehung der That zeigte nicht auf denjenigen Grad von Willensfreiheit geschlossen werden, der nöthig ist zu einem wahrhaft freien und bewussten Handeln.

3. Also muss die Angeklagte als nicht zurechnungsfähig für die von ihr eingestandenen Thaten erklärt werden.

Sury-Bienz (Basel).

II. Neueste Literatur.

1. Bischof, Thdr. L. W. v., Das Hirngewicht d. Menschen. Eine Studie. gr. 8. Bonn, Neusser. M. 7. —.
2. Blaise, H., Contribution à l'étude des températures périphériques. 4., avec 9 planches. Paris, G. Masson. Fr. 6.
3. Fleischl, E. v., Untersuchung über die Gesetze der Nervenerregung. VI. Abhandlg. Mit 3 Tfln. u. 6 Holzschn. Lex.-8. Wien, Gerold's Sohn. M. 2.
4. Hasse, P., Die Ueberbürdung unserer Jugend auf den höheren Lehranstalten mit Arbeit im Zusammenhange mit der Entstehung von Geistesstörungen. Vortrag. gr. 8. Braunschweig, Vieweg. M. 2.
5. Henle, J., Anthropologische Vorträge. 2. Heft. Mit Holzst. gr. 8. Braunschweig, Vieweg. M. 2. 40.
6. Hering, E., Zur Erklärung der Farbenblindheit aus der Theorie der Gegenfarben. gr. 8. Prag, Tempsky. Pfg. 80.
7. Klein, de l'Hystérie chez l'homme. 8. Paris, Doin Fr. 2½.
8. Knoll, Phpp., Ueber Myocarditis u. die übrigen Folgen der Vagussection bei Tauben. Mit 2 Tfln. gr. 8. Prag. Tempsky. M. 1. 60
9. — Ueber den Einfluss modificirter Athembewegungen auf den Puls d. Menschen. Mit Holzst. u. 2 lith. Beilagen. gr. 8 Ebd. M. 1. —.
10. Lewis, W. B., Researches on the Camparative Structure of the Cortex Cerebri. 4. London, Trübner. sh. 5. —.
11. Munk, H., Ueber die Functionen der Grosshirnrinde. M. 1 Taf. u. Holzschn. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 3. —.
12. Paulier, A. B. u. F. Hétét, Traité élémentaire de médecine legale. 2 vol. Av. fig et 24 pl. col. 18. Paris, Doin Fr. 18.

13. Petit, L., Sur la mètallo-thèrapie. 8 Paris, Doin. Fr. 2.
14. Rueff, A., Étude sur les troubles nerveux d'origine gastrique. 8. Paris, Doin. Fr. 2.
15. Techmer, F., Phonetik. Zur vergleich. Physiologie der Stimme u. Sprache. 2 Thle. Lex.-8. Leipzig, Engelmann. M. 18. —.
16. Vulpian, A., Maladies du système nerveux, 2. série. livr. 1. Paris, Doin. Fr. 1.
17. Ducatte, E., La microcéphalie. M. 1. 50.
19. Poirier, A., Contrib. à l'étude de la maladie d'addison. Av. 2 pl. M. 2.
20. Ballouhey, J. B., De l'électricité appl. au traitem. de l'occlusion intestinale. M. 1.
21. Bignon, J., Des accidents psychiques dans les maladies chroniques du coeur. M. 1.
22. Bloch, E. A., De la physiologie normale et pathol. des sueurs. M. 1.
23. Bouyer, O., De l'exophthalmie. M. 1.
24. Christin, O., De la paralysie et de l'atrophie des muscles de la cuisse dans quelquels affections du genou. M. 1.
25. Danguy, L. A., Étude de la méningite aigue franche de l'enfance. M. 1.
26. Deléclusе, P., Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice. M. 1.
27. Desnot, Des plais de l'encéphale. M. 1.
28. Fitz-Gerald, Sur la pupille. M. 1.
29. Galangau, A. H. F., Consid. s. quelques cas de dipsomanie avec alcoolisme consécutif. M. 1.
30. Gendron, E., Alcoolisme héréditaire. M. 1.
31. Landouar, Y., Du traitement du tétanos par le bromure de potassium. M. 1.
32. Leroy, A., De l'état de mal épileptique. M. 1.
33. Martinenq, L., De l'évolution de l'hallucination de l'ouïe dans le délire des persécutions. M. 1.
34. Pierre, G., S. l. prodromes de l'accès épileptique. M. 1.
35. Regis, E., La folie à deux. M. 1.
36. Sarrade, H., Sur certaines formes rares de paralysies du plexus brachial. M. 1.

(Nro. 17—36 Pariser Thesen.)

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 Mark. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 3) Halle a. Saale, Volontärarzt, 1050 M. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, un-

verheirathet Bedingung. 5) Hildburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei fr. Stat. 6) Provinc.-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., fr Stat. 7) Leubus, a. Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat; b. dritter Arzt, sofort, 1200 M., freie Station. 8) Marsberg, a. Volontairarzt sofort, 600 M., freie Station; b. Assistenzarzt, 1. März 1881, 1200 M., freie Station, für Beide Bedingung: kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 9) Ückermünde in Pommern, Assistenzarzt, unverheirathet, sofort. 1000 M. und freie Station. 10) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 M., fr. Stat. 11) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1. Febr. 1881 1200 M., fr. Stat. 12) Wehnen (Oldenburg) Assistenzarzt. 13) Klingenmünster (bayr. Pfalz), Hülfsarzt, 1000 M., fr. Stat, I. Classe. 14) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort 450 + 600 M. freie Sation. 15) Göppingen (Dr. Landerer), Assistenzt arzt, 1500 Mark, freie Stat. 16) Grafenberg (Düsseldorf), a. II. Arzt und stellvertr. Director; b. Volontairarzt, sofort; 600 M., freie Station. 17) Pankow bei Berlin (Mendel'sche Anstalt) III. Arzt. 18) Schussenried (Württemberg), Assistenzarzt, 1600 M., völlig fr. Station. 19) Schwetz (Westpreuss. prov. Anstalt) Volontairarzt; Arzt oder cand. med., 600 M., freie Station. 20) Alt-Scherbitz (Halle-Leipzig) Volontairarzt; sofort, 1200 Mark, vollständig freie Station. 21) Nassau (Kaltwasserheilanstalt), Assistenzarzt; 1. April 1881; 1500 M., u. fr. Station, Bedingung: psychiatr. Vorbildung und Interesse für Hydrotherapie. 22) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Hoya (Hannover), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Minden (Minden), Ortelsburg (Königsberg i. P.), Osterode (Königsberg), Ottweiler (Trier), Sensburg (Gumbinnen), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Warburg i. W. (Minden), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

IV. Anzeige.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

//

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERLENMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Alle 14 Tage eine Nummer.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. 1. Februar 1880. Nro. 3.

INHALT.

I. Originalien.

Zur pathologischen Anatomie der Chorea.

Von Dr. C. EISENLOHR in Hamburg.

Während meiner Thätigkeit am allgemeinen Krankenhause hatte ich Gelegenheit, einen Fall von Chorea zu obduciren, dessen Centralnervensystem spec. Rückenmark einen positiven pathologischen Befund lieferte. Die Beobachtung betraf ein 14 jähriges Mädchen mit, — wie aus den bestimmten Angaben der Mutter hervorging, — *angeborener Chorea*. Das Kind hatte von den ersten Lebenstagen an die charakteristischen Choreabewegungen der Gesichts- und Körpermuskeln gezeigt, hatte erst sehr spät und unvollkommen gehen gelernt, sich übrigens körperlich und psychisch ziemlich gut entwickelt. Während eines längeren Aufenthaltes im allgemeinen Krankenhause (75 u. 76) wurde eine merkliche Abnahme in der Intensität der choreatischen Bewegungen erreicht, so dass Gehen und Sprechen wesentlich besser wurden. Es blieben übrigens immer noch die krankhaften Bewegungen in den Extremitäten, die sich in Nichts von denen einer gewöhnlichen Chorea minor unterschieden,

und das grimassirende Spiel der Gesichtsmuskeln auffallend genug. Die *Sprache* war durch die Betheiligung der Gesichts-, Zungen- und Respirationsmuskeln gestört; *Lähmungserscheinungen* bestanden nicht. Das Herz war normal, der Puls stets regelmässig.

Im Jahre 77 trat während eines längeren Aufenthaltes der Pat. zu Hause, in sehr ungünstigen Verhältnissen, eine erhebliche Verschlimmerung der Chorea-Bewegungen in den oberen und zugleich starke Contracturen in den unteren Extremitäten ein. Es bestand Adduction der Oberschenkel, Flexion der Unterschenkel, sodass die Kniee mit grosser Gewalt angezogen und gegen einander gepresst wurden, Stehen und Gehen absolut unmöglich war. Die passive Lösung der Contracturen verursachten der Kranken erhebliche Schmerzen. Im Herbst 77 entwickelte sich bei ihr unter remittirendem Fieber eine ziemlich rasch verlaufende ulceröse Pneumonie mit schliesslichem putridem Zerfall und eine Darmtuberculose, an welchen Prozessen Pat. im Laufe einiger Monate zu Grunde ging.

Die *Section* zeigte am *Gehirn* makroskopisch nichts Abnormes. Am gehärteten *Rückenmark* fand sich im *rechten Seitenstrang des Halstheils* ein *sklerotischer Fleck*, der seine grösste Ausdehnung in der Höhe des 3. Cervicalnerven besass. Hier war der rechte Hinterseitenstrang sichtlich schmaler als der linke; unmittelbar angrenzend an die Basis und den lateralen Rand des Hinterhorns präsentirt sich eine am Carminpräparat intensiv gefärbte Parthie. Nach vorn reicht dieselbe nicht ganz bis zur Mitte des Seitenstrangs; Die vordere Hälfte desselben ist vollkommen frei. Die Begrenzung der degenerirten Parthie nach Aussen ist nicht scharf; sie läuft hier in zahlreiche mit den Einstrahlungen der Pia zusammenhängende Fortsätze aus; von den hintern Wurzeln scheinen die am meisten lateral gelegenen, nach Aussen umbiegenden sich in sie einzusenken. Die hintern Wurzeln, das Hinterhorn, sowie der ganze übrige Querschnitt des Rückenmarkes durchaus normal. Histologisch charakterisirte sich die veränderte Parthie durch eminente Verdickung des Neuroglianetzes mit Einengung der Maschen, ziemlich vollständigen Schwund der Markscheiden und Axencylinder von denen nur sehr vereinzelte in dem sklerotischen Gewebe noch sichtbar waren, starke Entwicklung der Deiter'schen Zellen. Die Gefässwände erschienen nicht verändert, corp. amylacea und Körnchenzellen waren nicht vorhanden. Nach Oben sowohl als nach Unten (vom 3. N. cervic.) nahm die Degeneration an Ausdehung bald ab. In der Höhe des 4. Cervicalnerven erschien noch ein dreieckiger Fleck im rechten Hinterseitenstrang, der vom Hinterhorn durch die (intakten) proc. reticulares getrennt ist: Die Nervenfasern fehlen in diesem Fleck übrigens noch fast vollständig. Im Gebiet des 5. und 6. Cervicalnerven rückt die sklerotische Parthie etwas mehr nach der Peripherie und umfasst nur noch wenige Nervenfaserquerschnitte, in der Höhe des 8. N. cervic. ist keine Spur mehr zu sehen. Nach Oben verliert sich die Veränderung gegen den 1. Cervicalnerven. Am Uebergang in die med. oblong. ist nichts Abnormes wahrzunehmen. Die Oblongata selbst, sowie der Pons, speciell Pyramiden und die Längsfasern des Pons boten normales Verhalten. Im Dorsal- und Lendentheil des Rücken-

marks konnte ebensowenig irgend eine Veränderung constatirt werden. Der Stamm des rechten N. ischadicus wurde an Querschnitten untersucht, aber nichts besonderes gefunden. Dass aber die Veränderung im R. M. eine wirkliche *Sklerose* darstellte und nicht in die Categorie der von Elischer beschriebenen, von Fr. Schultze (D. Arch. f. klin. Med. XX. Bd.) mit gebührender Kritik gewürdigten Bindegewebswucherung gehört, wird aus der gegebenen Schilderung zur Genüge hervorgehen.

In Bezug auf den *Zusammenhang der gefundenen anatomischen Veränderungen mit den Erscheinungen der Chorea während des Lebens* ist zu bemerken, dass ersterer keineswegs als genügendes Aequivalent der letzteren aufgefasst werden kann. Bedeutungslos für die von der Geburt an bestehende Chorea ist die Alteration im Rückenmark keinenfalls; aber sie gehört in der Reihe der gröberen anatomischen Läsionen, deren Zusammenhang mit speciell charakterisirten Krampferscheinungen weder der histologischen Natur, noch der Localität nach durchsichtig ist. Ich bin durchaus geneigt, die Rückenmarksveränderung für eine *congenitale*, das Residuum eines fötalen Entzündungsprozesses zu halten, kann aber natürlich sichere Beweise dafür nicht beibringen. Doch möchte ich auf einen auffallend analogen Befund von Fr. Schultze, einen *sklerotischen Herd im linken Seitenstrang des oberen Halsmarks* bei einem 20 monatlichen Kinde, das an Anfällen von *Tetanie* (mit Glottiskrämpfen) gelitten hatte, hinweisen (Centralblatt 1878 Nro. 8), eine Veränderung die Sch. gleichfalls für möglicherweise congenital ansieht. Ein zweiter ähnlicher Befund, sklerotischer Fleck im linken Seitenstrang des obern Halstheils im RM. eines syphilitischen Kindes wird von Kahler und Pick (Prag. V. J. S. Y. 142. Band 1879) berichtet. K. und P. sprechen an einer andern Stelle (ibid. Nro. VII. S. 25) auf Grund zweier Fälle die Ansicht aus, dass in schweren Fällen von Chorea die weisse Substanz des R Ms. entschieden die Nervenfasern betreffende Veränderungen aufweist. Wie man sieht, harmonirt diese Ansicht mit unserm Befund. —

Ich schliesse eine Bemerkung *zur Pathologie der Chorea* an bezüglich der von einzelnen Autoren berichteten *Arythmie des Pulses* bei dieser Krankheit, da diese Anomalie von neueren Beobachtern (v. Ziemssen) nicht constatirt werden konnte und als ein sehr seltenes Vorkommniss bezeichnet wird.[1]) Ich hatte in 3 Fällen unter einigen zwanzig, die *nicht* mit Herzaffectionen complicirt waren, Gelegenheit eine exquisite *Irregularität des Pulses* durch längere Zeit zu beobachten. Dieselbe verlor sich mit der Heilung der Chorea. Dass diese Arythmie nicht einzig und allein der durch die krampfhaften Muskelbewegungen gestörten Circulation zugeschrieben werden konnte, beweist der Umstand, dass sie in andern Fällen mit intensiverem Charakter der letzteren fehlte. Somit wäre die „Chorea des Herzens" doch kein so extrem seltenes Factum.

Hamburg 22. Dezember 1879.

---

[1]) v. Ziemssen, Chorea, in s. Handbuch XII. 2. S. 415.

II. Referate.

28) **David Ferrier**: Die Localisation der Hirnerkrankungen.
(Autorisirte deutsche Ausgabe. Uebersetzt von Dr. N. H. Pierson (Dresden). Fr. Vieweg & Sohn 1880. 8⁰ pp. 171. Preis?)

Nachdem wir neulich Gelegenheit hatten, auf das neue Werk Nothnagels über die topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten aufmerksam zu machen (Centralblatt 1879, No. 20), liegen jetzt zwei weitere Bücher vor, welche die Localisation der Gehirnkrankheiten besprechen. Es sind dies Boyer: Etudes cliniques sur les localisation corticales des hémisphères cérébraux. Paris, Delahaye et Cie., 1879. — und das in der Ueberschrift genannte Werk Ferrier's. Das letztere kündigt sich an als die practisches-klinische Ergänzung zu dem grösseren, vorwiegend theoretisch physiologischen Werke des Autors, welches unter dem Titel „Die Functionen des Gehirns" in deutscher Bearbeitung erschienen und von uns seiner Zeit im Centralblatt besprochen worden ist. Indessen soll es eine vollkommen, selbständige Arbeit darstellen, deren Endzweck die Feststellung der Symptomatologie und Localdiagnostik der Hirnerkrankungen ist. Es soll ferner wesentlich für den Praktiker bestimmt sein, wie es denn auch aus Vorlesungen, welche von praktischen Aerzten gehalten worden sind, entstanden ist. Nach alledem könnte man glauben, dass das neue Buch mit Nothnagels Werk in Concurrenz treten wolle. Jedoch ist dies durchaus nicht der Fall. Während Nothnagel sich streng auf den klinischen Standpunkt stellt, jede physiologische Erörterung, jede Vergleichung zwischen physiologischen und pathologischen Resultaten vermeidet, ist es Ferrier eigentlich nur darum zu thun, nachzuweisen, dass die Ergebnisse seiner Versuche an Affen und andern Thieren mit denen der Krankenbeobachtung nicht in Widerspruch stehen. Während Nothnagel das ganze grosse Material zusammengebracht und kritisch gesichtet hat, beschränkt sich Ferrier darauf, in jedem Falle einige Krankengeschichten resp. Sectionsbefunde beizubringen, welche mit wenig Ausnahme der englischen und französischen Literatur entnommen sind. Während endlich Nothnagel alle Theile des Gehirns in seine systematische Darstellung aufnimmt, sind bei Ferrier ganz allein die Erkrankungen der Grosshirnrinde berücksichtigt.

Das Ganze zerfällt in 3 Abschnitte (Vorlesungen). Der erste bespricht die Frage der Localisation im Gehirn im Allgemeinen und wendet sich gegen die Gegner derselben, besonders gegen Schiff und Brown-Séquard. „Die Frösche- und Taubenphysiologie ist nur zu oft der Fluch der klinischen Medicin gewesen". Weiter wird die Entwickelung der Localisationslehre skizzirt, werden die neueren Einwürfe gegen die Erregbarkeit der grauen Hirnrinde widerlegt und werden im Anschluss an Charcot die Grundsätze angegeben, nach denen das pathologische Material zu benutzen ist.

Hieran schliesst sich die Erörterung, welche Folgen Verletzungen der Stirnlappen haben. Bemerkenswerth ist die eingehende, durch Holzschnitte erläuterte Darstellung des berühmten „Crowbar Case". Es ergiebt sich, dass bei Erkrankung der Stirnlappen, das Verhalten der Kranken durchaus analog ist, dem von Affen nach Abtragung der Stirnlappen.

Der zweite Abschnitt behandelt die destructiven Läsionen der motorischen Region und zwar werden allgemeine und partielle Läsionen unterschieden. Von einer der letzteren hängt zunächst die nur laterale oculomotorische Monoplegie ab. F. verwahrt sich hier gegen das Missverständniss, nach ihm sei das postulirte Centrum für den Levator palpebrae sup. im Gyrus angularis zu suchen. Er vermuthet dasselbe vielmehr im hinteren Theil der 2. Stirnwindung. Die conjugirte Deviation der Augen ist zu erklären durch die Annahme einer irritativen Läsion der entgegengesetzten, oder einer destructiven Läsion der gleichen Seiten in den betreffenden Centren. Weiter werden besprochen die crurale, brachiale und faciale Monoplegie und es ergiebt sich hier, wie überall, dass die klinische Beobachtung zu der Erkenntniss führe, dass im Menschenhirn die einzelnen Bewegungscentren an den Stellen sich finden, welche analog sind den experimentell erschlossenen Centren des Affenhirns. Mit wenig Worten lässt sich überhaupt der ganze Inhalt des Buches dahin zusammenfassen, das F. durchgängig seine auf Thierversuche gebauten Schlüsse durch die Erfahrungen der Pathologen bestätigt findet, dass somit die Bedeutung, welche er in seinen „Functionen des Gehirns“ den einzelnen Hirnwindungen vindicirt, hat (vergl. Centralblatt 1879, No. 6), auch vor dem klinischen Forum zu Recht bestehe. Den Schluss des zweiten Abschnitts bildet die Besprechung der Aphasie der orolingualen Hemiparese des Experiments.

Der dritte Abschnitt bespricht zunächst die irritativen Läsionen der motorischen Zone: die „J a c k s o n'sche Epilepsie“ etc., dem cruralen brachialen, facialen Monospasmus oder Protospasmus (d. h. im Arm etc. beginnenden Spasmus), sodann die Läsionen der sensorischen Regionen. F. hält auch hier an seiner Ansicht fest, dass Läsionen der Hinterhauptslappen gewöhnlich latent verlaufen, und bringt eine Reihe bestätigender Krankengeschichten bei, verspricht jedoch angesichts der Munk'schen Versuche seine Experimente zu wiederholen. Er erörtert sodann die zahlreichen Fälle, in welchen einseitige Läsionen der sensorischen Regionen ohne besondere Symptome bestanden *haben* und erklärt dies Verhalten in den chronischen Fällen durch functionelle Compensation seitens der gleichen oder anderseitigen Hemisphäre, in den traumatischen Fällen durch Beobachtungsfehler. „Es mag dies eine schwere Anklage und ein sehr summarisches Verfahren zur Beseitigung von Schwierigkeiten genannt werden, ich kann aber in der That nicht umhin, den zahlreichen Enttäuschungen einen Ausdruck zu geben, die ich erfahren habe, indem ich eine Anzahl von Fällen von Hirnläsionen, die zur Aufklärung dieser Frage hätten dienen können, durchlas, ohne auch nur die Spur eines Versuches zur Erforschung des Zustandes der Sinnesorgane zu finden“. Indessen findet F. doch eine Anzahl Beobachtungen, welche mit seinen Experimenten in Einklang stehen. Dieselben betreffen zunächst Lähmungen der optischen und acustischen Vorstellungsthätigkeit bei Läsionen des Gyrus angularis resp. der ersten Temporalwindung. Die bezügl. Thatsachen sind neuerdings so oft verhandelt worden, dass sie wohl allgemein bekannt sind. Für seine Lehren von der Localisation des Geschmackes und Geruches

im Subiculum cornu Ammonis weiss F. nur einen eigenen Fall der überdem geheilt wurde, anzuführen. Dass bei cerebraler Hemianästhesie der Geruch der contralateralen Seite leidet, während nach Zerstörung des Subiculum die gleiche Seite geruchlos wird, erklärt er dadurch, dass einmal der Geruch durch die Trigemmianästhesie gestört wird, zum andern die innere Wurzel des Olfactorius wahrscheinlich zur anderen Hemisphäre zieht und so jeder Riechnerv in beiden Hemisphären vertreten ist. —

Wenn nun auch das ganze Werkchen in jeder Hinsicht ein Epigone der „Funktionen des Gehirns" ist, so tritt uns doch auch in ihm Ferrier als geistvoller Schriftsteller und überaus klarer, consequenter Forscher entgegen, dem die Localisationslehre die grösste Bereicherung zu danken hat. Erfreulich ist es, dass der Physiolog es nicht verschmäht, auch den klinischen Boden zu betreten und mit den pathologischen Thatsachen zu rechnen. Wir können die Lecture des Buches angelegentlich empfehlen.

Der Uebersetzer, welcher durch seine Conpendien der Neuropathologie und Elektrotherapie weiteren Kreisen bekannt ist, hat im Einverständnisse mit Ferrier die hauptsächlichsten Thatsachen, welche seit dem Erscheinen der Orginalausgabe des Buches (October 1879) in Bezug auf die Lehre von der Hirnlocalisation veröffentlicht worden sind, in einem Anhange kurz und übersichtlich zusammengestellt. Die Uebersetzung ist im Allgemeinen fliessend, die Ausstattung des Buches sehr gut.

Möbius (Leipzig).

---

29) **L. Edinger** (Strassburg): Ein Fall von Rindenepilepsie.
(Aus der Kussmaul'schen Klinik.)
(Archiv f. Psych. und Nervenkrankheiten X. B. 1. H.)

Ein 28 Jahre alter Phthisiker bot einen Complex cerebraler Symptome dar, bald in rasch vorübergehenden Anfällen, bald in schub- und schrittweiser Entwickelung und langsamer Rückbildung, wie er für die sogenannte „*Rindenepilepsie*" characteristisch ist. Die ausgebildeten *epileptischen Kramfanfälle* hatten das Eigenthümliche, dass sie mit klonischen Krämpfen in gewissen Muskelgebieten der rechten Körperhälfte (in der rechten Gesichts-, Brust- und Schultermuskulatur, später in den Fingern der rechten Hand oder im rechten Arm und Bein zugleich) beginnen und erst nachdem sie hier einige Zeit bei erhaltenem Bewusstsein bestanden hatten, auch auf die linke Körperhälfte übergingen, allgemein wurden und sich mit vollkommener Bewusstlosigkeit verbinden. Zungenbiss, initialer Schrei fehlten; ein soporoses Nachstadium war nicht constant vorhanden. Nach den Paroxysmen blieb jedesmal eine Schwäche der rechten Körperhälfte, namentlich im rechten Arm zurück, der sich einmal sogar bis zur Lähmung steigerte. Neben diesen completen Anfällen zeigten sich auch *rudimentäre* klonische Krämpfe vereinzelter Muskelgebiete der rechten Körperhälfte ohne weitere Propagation und ohne Bewusstseinsverlust, nur von Schwindelempfindung begleitet; auch eine Serie

tetanieartiger (tonischer Streck-) *Krämpfe* der rechten Körperhälfte, besonders der Finger und des Armes wurde einmal beobachtet. Die *Sprache* war in den rudimentären Anfällen wiederholt ganz aufgehoben, oder doch sehr erschwert; auch in den Intervallen war sie einige Wochen lang etwas behindert und verlangsamt, obschon die Articulation der Laute erhalten war und die gröberen Bewegungen der Zunge gut von Statten gingen (*Bradyphasie*, — *atactische Aphasie*) die Prüfung der *Sensilibität* ergab stets ein *normales* Verhalten, obwohl der Kranke neben einem lästigen Gefühl von *Ermüdung* der rechten Körperhälfte über *Taubheit*, *Kriebeln und Todtsein* der rechtsseitigen Extremitäten klagte und eine gewisse Schwierigkeit darbot, kleine Objecte zu handhaben. Kopfschmerz, Stauungspapille, Erbrechen, sowie anderweitige cerebrale Symptome fehlten vollständig. Die *Autopsie* bestätigte die während des Lebens gestellte Diagnose. Es fand sich eine *tuberculöse Neubildung* der Pia (in der *linken* Grosshirnhemisphäre) an der Stelle, *wo sie die oberste Parthie der Centralwindungen* überzieht; in die *Rinde* dieser Windungen war die Neubildung etwas eingedrungen, ohne über dieselbe hinaus die weisse Substanz des Hirnmantels zu erreichen oder entzündliche Veränderungen hierselbst hervorzubringen. Der mitgetheilte Fall ist besonders deshalb von bemerkenswerthem Interesse, weil abgesehen von der höchst sorgfältigen klinischen Beobachtung die gefundene umschriebene Rindenläsion die einzige anatomische Veränderung war, die das Gehirn darbot.

Berger (Breslau).

---

30) **Nieden** (Bochum): Ein Fall von Lyssa humana nach Verletzung des unteren Augenlides.

(Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde, 1879 December.)

Bei einem 16 jährigen Goldarbeiterlehrling trat 7 Tage nach einer Verletzung durch Hundebiss am untern Lide die Lyssa auf und führte unter den gewöhnlichen Erscheinungen in 2 mal 24 Stunden zum Tode. „Curare war nicht zur Hand“ (!) Section wurde nicht gsstattet.

Erlenmeyer.

---

31) **R. Berlin**: Ueber Sehstörungen nach Verletzung des Schädels durch stumpfe Gewalt.

(Sitzungsbericht d. XII. Vers. d. ophthalmol. Gesellsch. z. Heidelberg. 1879. p. 9 ff. Rostock.)

Ueber die Aetiologie ist bisher auf Grund path. anatomischer Befunde noch wenig bekannt. Das klinische Material umfasst 43 bisher constatirte Fälle. Carakteristisch ist einmal das meistentheils *einseitige* Auftreten, dann die *Plötzlichkeit* unmittelbar nach dem Trauma, die *Vollständigkeit* der Functionsstörung und schliesslich die *Unheilbarkeit*. Die doppelseitigen Störungen zeigen prognostisch etwas günstigere Verhältnisse. In der Mehrzahl tritt die Amaurose nach *schweren* Verletzungen des Stirnbeins, oft auch des Hinterhauptbeines auf, während durch leichtere Gewalteinwirkungen nur höchst selten Sehstörungen veranlasst werden. — Sämmtliche Fälle dieser

Categorie bieten entweder direkte Zeichen einer Schädelfractur oder schwere Gehirnsymtome dar, oder zeigen, selbst die leichtesten Formen, die unzweideutigen Symptome von Orbitalwandfractur. — Nur in 2 Fällen konnte Abwesenheit cerebraler Symptome nachgewiesen werden, so dass generell angenommen werden darf, dass dieSehstörung nach Verletzung des Schädels durch stumpfe Gewalt auf eine Fractur des so wenig wiederstandsfähigen Orbitaldaches zurückzuführen ist, die den Sehnerven in irgend einer Weise, direct oder indirect, betheiligt. Verf. hatte Gelegenheit das reiche gerichtsärztliche Material des Obermedicinalrathes von Hölder aus Stuttgart auf die Frequenz der Orbitaldachfrakturen bei Schädelfracturen zu untersuchen und fand unter 126 Fällen, 88 solche der Schädelbasis, und unter diesen 80, also 90% (!) Orbitaldachfracturen. Gegen Preckott Hewitt bei 68 Basalfracturen, 23 des Orbitaldaches also 33% und Schwartz bei 102 ersterer Gattung 66 oder 64% Unter diesen 88 Fracturen der Schädelbasis fand Hölder 54× oder in 60% Fracturen der Wände des Canalis opticus. Von diesen waren 34 mehr oder weniger directe, durch Schüsse, namentlich in den Mund, 20 waren fortgesetzte Fracturen durch Sturz auf den Kopf, 11× Ueberfahrenwerden etc. Diese fortgesetzten Fracturen wurden beobachtet, wenn die Gewalt, von vorn kommend, das Stirnbein, oder von oben, das os perietale, von der Seite her das os temporale, von hinten die Schuppe des os occipit. und von unten her den Körper des os occipit. getroffen hatte. In der Regel war nur ein Canalis optic. verletzt. Die Läsionen des Sehnerven bestanden in Zerreissung, Zerrung, Quetschung, je nach der Grösse der eingewirkten Gewalt. 42× wurden Blutungen in die Scheide des Sehnerven constatirt, nie ohne gleichzeitige Fractur des Canal. optic. Verf. stellt auf Grund dieser wichtigen pract. anatomischen Nachweise die Hypothese auf, dass die in Frage stehende Sehstörung auf Knochenfractur und zwar vorzugsweise auf solche der Wandungen des Canal. opticus zurückzuführen ist. — Diese Voraussetzung gibt uns eine vollständige Erklärung des gesammten klinischen Bildes. Die Fractur der Knochenwandungen bedingt eine unmittelbare Läsion des Sehnerven, und würde darin die grosse Gruppe der einseitigen, plötzlichen, vollständigen und unheilbaren Sehstörungen ihr Causalitätsmoment finden, während bei den heilbaren Formen es sich voraussichtlich um die vorübergehende Wirkung subvaginaler oder intracranieller Blutung handelt. Auch die verschiedenen Augenspiegelbefunde, der häufig negative Befund im Anfang der Erkrankung, die spätere Sehnervenatrophie mit und ohne Pigmentbildung, die arteriellen und venösen Circulationsstörungen der Retina etc. sind alle ungezwungen auf eine directe Läsion des Nerven oder auf eine indirecte durch subvaginale Blutung zurückzuführen. (Ref. beobachtete jüngst einen Fall gleicher Gattung, wo ein Bremser auf dem Dache eines Waggons stehend, bei voller Fahrgeschwindigkeit des Zuges, mit seinem rechten Frontalbein gegen den Rand eines Tunnels anprallte, in Folge dessen von dem Waggon herunter geschleudert und in bewusstlosem Zustande in die Heilanstalt gebracht wurde. Es fand sich ein c. 3 Cm. grosse Wunde des rechten äussern Frontalbeins

gleichgrosse Fractur des Knochens und bei optthal. Untersuchung *gleich* totale weisse Verfärbung der rechten Sehnerven ohne Suggillationen. Nach 24 Stunden, bei wiedererwachtem Bewusstsein, wurde totale Amaurose constatirt. Der Patient genass, die Ursache der Erblindung kann nur in einer gleichzeitig stattgehabten Zerstörung des Canalis opic. u. Zerreissung des Sehnerven stattgehabt haben.

Nieden (Bochum).

---

32) **von Krafft-Ebing** (Graz): Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für praktische Aerzte und Studirende.

(3 Bände, 1879. Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart.)

(Schluss.)

Der *zweite* Band enthält die spezielle Pathologie und Therapie des Irreseins und ist auf durchaus klinischer Grundlage gehalten.

An der Spitze desselben befindet sich eine einfache, kurze und, wie mir scheint, praktische Classification der Geisteskrankheiten, die in ihren Hauptzügen vortheilhaft gegen entsprechende Ausarbeitungen anderer Autoren absticht. Ihre Abweichung von der gewöhnlichen Regel besteht darin, dass zwei Eintheilungsprincipe zur Geltung gekommen sind, d. h. dass die im Wesentlichen klinisch-funktionelle Eintheilung durch gewisse ätiologische Hauptfaktoren modificirt worden ist. v. Krafft theilt die Geisteskrankheiten nämlich fogendermassen ein: in

A. Psychische Erkrankungen des entwickelten Gehirns.

I. Psychoneurosen (d. h. Geisteskrankheiten, die ein rüstiges Gehirn befallen.

1. Primäre heilbare Zustände:
   a. *Melancholie*, d. h. Zustände mit depressivem Affekt und erschwertem Ablauf der psychischen Bewegungen.
      α. *Melancholia passiva* (keine tiefere Störung des Bewusstseins, die Hemmungsvorgänge psychisch vermittelt, leichtere Form.
      β. *Melanch. attonita s. c. stupore* (tiefere Störung des Bewusstseins, die Hemmungsvorgänge vorwiegend organisch vermittelt (Tetanie Katalepsie), schwerere Form.)
   b. *Manie*, d. h. Zustände mit vorwiegend expansivem Affekt und erleichtertem Ablauf der psychischen Bewegungen.
      α. *maniakal. Exaltation* (keine tiefere Störung des Bewusstseins; die Bewegungsakte psychisch ausgelöst; leichtere Form).
      β. *Tobsucht* (tiefere Störung des Bewusstseins, die Bewegungsakte — triebartige Bewegungen — vorwiegend organisch ausgelöst durch Reizvorgänge in psychomotorischen Centren, schwerere Form.
   c. *Stupidität s. heilbare Dementia.*
2. *Secundäre unheilhare Zustände.*
   a. *Secundäre Verrücktheit.*
   b. *Terminaler Blödsinn.*
      α) *agitirter.*
      β) *apathischer.*

II. Psychische Entartungen.

a. *Constitutionell affectives Irresein (Folie raisonnante.)*
b. *Moralisches Irresein.*
c. *Primäre Verrücktheit.*
  α) *in Wahnideen*
    αα) *mit Primordialdelirien der Beeinträchtigung der Interessen (Verfolgungswahn).*
    ββ) *mit Primordialdelerien der Förderung* (erotische, religiöse Verrücktheit).
  β) *in Zwangsvorstellungen.*
d. *Aus constitutionellen Neurosen transformirtes Irresein.*
  α) *epileptisches*
  β) *hysterisches*
  γ) *hypochondrisches*
e. *Periodisches Irresein.*

III. Hirnkrankheiten mit prädominirenden psychischen Störungen.

a. *Dementia paralytica.*
b. *Lues cerebralis.*
c. *Alkoholismus chronicus.*
d. *Dementia senilis.*
e. *Delirium acutum.*

B. Psychische Entwicklungshemmungen: Idiotie und Cretinismus.

Es war nicht nur die Neuheit und der streng systematische Aufbau dieser Eintheilung, welche mich bestimmten, dieselbe hier ausführlich mitzutheilen, sondern vorwiegend auch die Ueberzeugung, dass diese Classification eine wesentlich organische, d. h. aus inneren Gründen hervorgegangene und ungezwungene ist und noch am ehesten die Klippen vermeidet, an denen alle anderen Classificationsversuche bisher gescheitert sind. Verf. ist bei seiner Eintheilung von der Voraussetzung ausgegangen, „dass gewisse ursächlich besonders bedeutsame Faktoren, wie z. B. Erblichkeit, constitutionelle Verhältnisse, einer ganzen Gruppe wenn auch noch so verschiedener Krankheitsbilder gemeinsame Züge bezüglich der Symptome und des Verlaufs aufdrücken werden," und hat hierauf seine grosse Gruppe der psychischen Entartungen aufgebaut, welche auch Schüle's. 2te Unterabtheilung der Psychoneurosen- die primäre Verrücktheit umfasst. In dieser Gruppe der psychischen Entartungen finden sich dahin gehörige Krankheitsbilder wieder in klinisch-funktioneller Weise classificirt. Die vorhin erwähnte Voraussetzung entspricht aber so sehr den Ergebnissen der Forschungen von Morel, Le Grand du Saulle, Snell, Sander u. A., dass nur dieser Classificationsversuch seine vollste Berechtigung zu haben scheint und gewiss viele Freunde finden wird. Analogien für die Bedeutung constitutioneller Verhältnisse und die Begründung dieser Eintheilung finden sich auch auf somatischem Gebiete, und manche Handbücher der speziellen Pathologie der somatischen Krankheiten haben diesem Faktor in der nämlichen Weise Rechnung getragen, indem sie manche klinisch - concreten Krankheitsbilder, deren Bedeutung und Ausgang sich unter der Herrschaft gewisser ätiologi-

scher Momente ganz anders gestalten, in besonderen Unterabtheilungen noch einmal besprechen.

Was die klinische Schilderung der einzelnen Seelenstörungen betrifft, so muss man dem Verf. in jeder Hinsicht das vollste Lob zollen. Dies gilt vornehmlich für die Darstellung der verschiedenen Ursachen und Entstehungsweisen der elementaren psychischen Störungen. In pathologisch-physiologischer Beziehung vindicirt Verf. im Einklang mit den neueren Autoren funktionellen vasomotorischen Anomalien eine grosse Rolle, und mit vollem Recht; doch lässt er es für manche Krankheiten noch unentschieden, ob dieselben wirklich ursächliche Faktoren bilden, ober dem Krankheitsbild nur gewisse Modificationen und Färbungen verleihen.

Die primäre Verrücktheit ist vom Verf. nach allen Richtungen hin sehr ausführlich und überzeugend geschildert, wobei ihm die Arbeiten von Snell, Sander, Schüle zu Statten kommen.

Als allgemeine Kennzeichen der unter der Herrschaft der erblichen oder erworbenen neuropsychischen Constitution entstandenen Psychoneurosen führt er an: brusquen Ausbruch und ebenso rasches Verschwinden im Falle der Genesung, schnelles Ansteigen auf den Culminationspunkt, häufige Remissionen oder Intermissionen bis zur Lucidität, bunten regellosen Wechsel der verschiedensten Zustandsformen, grosse Neigung zur Periodicidät, unberechenbaren Verlauf, barocke, oft kaum glaubliche Wahnideen, häufiges Vorkommen von Zwangsvorstellungen, und geringe Neigung zu geistiger Verblödung. Den zu dieser Gruppe gehörigen Formen der Manie spricht er ein melancholisches Vorstadium ab, hinsichtlich des Körpergewichts sollen sie sich von den entsprechenden Exaltationszuständen des rüstigen Gehirns durch eine rasche Gewichtszunahme im Uebergang zur Genesung unterscheiden. — Bei der transitorischen Manie macht Verf. mit Recht darauf aufmerksam, dass es sich wohl in der Mehrzahl der Fälle um eine Störung auf epileptischer Grundlage handle, die zuweilen leicht übersehen werden könne.

Die Unterscheidung, welche Schüle zwischen „classischer Paralyse“ und Blödsinn mit progressiver Lähmung macht, hält er bei dem heutigen Stande unseres Wissens für verfrüht. Gegenüber den Heilungen, welche L. Meyer u. A. bei dieser perniciösen Krankheit gesehen haben wollen, verhält er sich sceptisch und motivirt dies mit der Möglichkeit diagnostischer Irrthümer, mit dem öfteren Vorkommen von sehr langen Remissionen, etc. Das von anderen Autoren unter dem Namen Mania ambitiosa congestiva, gravis (Schüle) geschilderte Krankheitsbild bespricht er bei den Alkoholpsychosen, da er es nur bei Potatoren beobachtet haben will.

Der Raum für eine einfache Besprechung verbietet mir, noch näher auf den Inhalt des zweiten Bandes einzugehen, es würde sich sonst noch manches Neue und Interessante aufzählen lassen.

Der *dritte* Band, welcher die klinische Casuistik aus des Verf. eigener Praxis enthalten wird, befindet sich auch unter der Presse. Hoffentlich lässt sein Erscheinen nicht mehr lange auf sich warten. Bei der feinen Beobachtungsgabe des Verf. verspricht dieser Band

reichhaltige Belege für die in den bislang erschienenen Theilen des Lehrbuchs niedergelegten Ansichten.

Die Verlagsbuchhandlung hat in bekannter Weise das Ihrige gethan und für eine würdige Ausstattung des Werkes gesorgt.

Reinhard (Dalldorf).

---

33) **Pürckhauer** (Ebermannstadt): Vergehen wider die Sittlichkeit, begangen von einem 16 jährigen Mädchen im epileptischen Dämmerzustand.

(Friedreich's Bl. f. ger. Med., 30. Juni. 5. 7.)

Die $15^2/_3$ jährige M. H. v. T. ist am 4. Aug. 1878 mit 2 $9^1/_2$, resp. 12 jährigen Mädchen und 2 $7^1/_2$ resp. 5 jährigen Knaben zusammen und pflückt mit ihnen an einer Wiese Beeren. Plötzlich wirft sie die $9^1/_2$ jährige M. L. zu Boden, hebt ihr den Rock in die Höhe, hält sie fest und veranlasst beide Knaben, sich nach Entblössung ihrer Geschlechtstheile auf das Mädchen zu legen und ihre männlichen Glieder in ihre Scham zu stecken, was ihnen natürlich nicht gelingt. Eine Wiederholung, derselben Procedur bald darauf wird durch die Flucht der M. L. vereitelt.

Die Handlung qualificirt sich juristisch als theils vollendetes, theils versuchtes Verbrechen gegen die Sittlichkeit durch z. Theil gewaltsame, unzüchtige Handlungen an Personen unter 14 Jahren in ideeller Konkurrenz mit einem Vergehen wider die Sittlichkeit durch öffentliche unzüchtige Handlungen.

Die M. H. ist gut veranlagt und hat gute Schulbildung, sich auch stets sittlich gut geführt. Ihr Leumund ist sehr gut. Am 16. Octbr. 78 sagt ihre Mutter aus, dass dieselbe seit einem Jahre an Menstrualbeschwerden und Schwindel leide, den sie auch am 4. Aug. gehabt habe. Zufolge ärztlichen Attestes vom 8. Octbr. leidet sie seit 5 Jahren an Schwindel und epileptischen Anfällen. An demselben Tage erschien die M. H. gut entwickelt. Eine Antwort konnte der Richter nicht herausbringen.

Eine ärztliche Untersuchung in der Wohnung des Bezirks-Arztes am 19. Dezbr. ergiebt Folgendes:

Gute körperliche Entwickelung, Gesichtsausdruck trotzig, Simulation: Schädelumfang 47 Centimter P. 80. Pupillen normal. Brust- und Unterleibsorgane gesund. Mammae gut entwickelt, an den äusseren Genitalien dichte lange Haare, unter den Armen keine. Hymen fehlt, Scheideneingang weit. Sie ist angeblich noch nicht menstruirt, ist nie am Kopf verletzt worden, hat seit einigen Jahren häufig Kopfschmerzen an der Stirn, welche gewöhnlich 2 Tage anhalten, meist mit Schwindel, zuweilen mit Erbrechen verbunden sind, häufiger ohne als mit solchen Anfällen, bei welchen sie niederfällt. Sie stellt sich, als ob sie sich an Dinge nicht erinnern könnte, die sie wissen muss. Ihr Vater gibt an, dass ihre Mutter, namentlich zur Zeit der Menses an Kopfschmerz und Schwindel schon seit ihrer Jugend leide und dass sie einmal während eines solchen Schwindelanfalls auf die Wiese gegangen sei, um zu Heuen während noch nicht mit dem Mähen begonnen war. Die M. H. habe schon als Kind häufig an Zahnfraisen gelitten, auch während einer

Züchtigung in erschreckender Weise das „Wesen" bekommen. Den ersten epileptischen Anfall bekam sie in ihrem elften Lebensjahre, indem sie plötzlich bewusstlos, ohne Krämpfe vom Stuhle fiel. Solche Anfälle wiederholten sich seit einem Jahre häufiger. Manchmal falle sie auch nicht zu Boden, sondern klage nur über Schwindel, der auch vor und nach den Anfällen zugegen sei. Im letzten Vierteljahr hat sie einige Mal an den Anfallstagen ganz verkehrte Handlungen begangen, deren sie sich später nicht erinnerte. Die Richterliche Frage lautet: Ob die M. H. die zur Erkenntniss der Strafbarkeit der am 4. August von ihr begangenen unsittlichen Handlungen erforderliche Einsicht besessen, oder ob sie sich zur Zeit derselben in einem momentan unzurechnungsfähigen Zustande befunden habe.

Das Gutachten schliesst zunächst die gewöhnlichste Ursache solcher Handlungen, die Befriedigung des eigenen Geschlechtstriebes aus und statuirt drei Möglichkeiten: a) Entweder hat sie aus Hang zur Unsittlichkeit im Besitz der zur Erkenntniss ihrer Unsittlichkeit und Strafbarkeit erforderlichen Einsicht die Handlungen begangen b) oder sie hat sie ohne jede Einsicht aus kindlicher Neugierde in Bezug auf den Geschlechtsakt verübt. c) oder in einem momentan bewusstlosen, demnach unzurechnungsfähigem Zustande. Die Möglichkeit ad a) muss wegen ihres guten Leumundes als höchst unwahrscheinlich zurückgewiesen werden. Die Möglichkeit ad b) liesse sich nur geltend machen, wenn die M. H. noch körperlich und geistig ein Kind wäre. Dem widerspricht aber das Resultat der ärztlichen Untersuchung. Was die Möglichkeit ad c) anbelangt, so ist es festgestellt, dass die M. H. an Schwindel (vertigo epileptica) und Epilepsie leidet. Dieselbe scheint im vorliegenden Falle von der Mutter auf sie übergangen zu sein. Dieser Schwindel überfällt die Kranken zuweilen auch ohne epileptischen Anfall, ein Zustand, welcher als epileptoider Traum oder Dämmerzustand bezeichnet wird. Charakteristisch für die, während eines solchen Zustandes begangenen Handlungen ist die völlige oder fast völlige Amnesie, die geringe Planmässigkeit und Plötzlichkeit bei Ausführung derselben, endlich der Mangel jeden Versuchs, die Spuren derselben zu verwischen, überhaupt der Reue. Bei Frauen wirkt die Zeit der Menstruation und der Pubertät verschlimmernd ein. Es unterliegt keinem Zweifel, dass bei der Strafthat der M. H. sämmtliche Kriterien eines epileptoiden Traumzustandes zu erkennen sind. Das ärztliche Gutachten spricht sich daher dahin aus, dass die M. H. die zur Erkenntniss der Strafbarkeit der am 4. August 75 begangenen Handlungen erforderliche Einsicht gehabt, aber diese Handlungen in einem Zustand momentaner Unzurechnungsfähigkeit begangen hat. Demgemäss wurde das Verfahren gegen sie eingestellt.

Landsberg (Ostrowo).

III. Verschiedene Mittheilungen.

34) **Aus Berlin.** In der Sitzung der Medicinischen Gesellschaft am 21. Januar hielt Herr Professor Dr. Westphal einen Vortrag über *den Zusammenhang zwischen Syphilis und grauer Degeneration der Hin-*

tersträngе. Er gab eine Statistik der von ihm beobachteten Fälle von Tabes, bei denen in 18% Syphilis mit secundären Erscheinungen vorangegangen war. Das Wesentliche des Vortrages gipfelte in dem Ausspruche, dass Vortragender den ursächlichen Zusammenhang beider Erscheinungen nicht zugab. Auf den gleichen Standpunkt stellte sich in der Disscussion Herr Remak 25% seiner Fälle hatten früher Syphilis während Herr Mendel, analog seinem Verhalten gegenüber der Frage des Zusammenhanges von Syphilis und Dementia paralytica (s. Ref. in Nro. 22. d. Bl. 1879) auch hier den erwähnten Causalnexus aufrecht erhalten wissen wollte. Er stützte seine Argumente mit einem Citat aus Virchow (Krankhafte Geschwülste II. Theil), wo gesagt wird, dass manche Fälle von Tabes unzweifelhaft auf Syphilis bezogen werden müssten. Herr Bernhardt hob hervor, dass man vielleicht gut thue, erst dann die Lues als aetiologisches Moment der Tabes anzunehmen, wenn man mit Sicherheit alle anderen, sonst gültigen Ursachen — Erkältung, Exesse in venere etc. etc. — ausschliessen könne.

35) **Aus Berlin:** In der am 12. Januar abgehaltenen *Sitzung des psychologischen Vereins* stellte Herr Professor Dr. Senator einen Fall von *Lähmung des rechten Serratus vor.* Die Scapula zeigte auch in der Ruhestellung eine beträchtliche Deviation; das von Busch zuerst hervorgehobene Symptom, nämlich der bei Abduction des Armes zwischen Scapula und Wirbelsäule auftretende Muskelwulst (alleinige Contraction des Levator scap. und der Rhomboidei) war deutlich vorhanden. — Geh. Rath Leyden sprach in längerem Vortrag über Myelitis, und hob hervor, dass Rigidität und Contractur nicht immer durch einen Befund in den Seitensträngen gedeckt würden. — Die erste diesjährige sehr stark besuchte Versammlung der *Medicinischen Gesellschaft* fand am 14. Januar statt. Herr Geh. Rath von Langenbeck berichtete unter Vorstellung des Kranken über einen Fall *gelungener Vereinigung des N. Radialis am rechten Oberarm durch Catgutnaht.* Der Nerv war durch Trauma zerrissen worden, die faradische und galvanische Erregbarkeit, natürlich auch die active Innervation der von ihm innervirten Muskeln unterhalb der getrennten Stelle war erloschen. Mehrere Wochen nach der Vorletzung — also eine secundäre Vereinigung — wurde die Vereinigung vorgenommen. Die Nervenenden wurden angefrischt — in den hierbei abgeschnittenen Stückchen wurden mikroscopisch *keine* Nervenfasern nachgewiesen — mussten sehr stark angezogen werden, und gestatteten auch dann nicht einmal die erwünschte Adaption an einander, so dass Vortragender sicher ein Ausreissen der Fäden voraussetzte. Dieser Fall trat jedoch nicht ein, vielmehr begann bereits nach wenigen Tagen sich die Leitung wieder herzustellen, was zunächst auf electrischem Wege, dann auch durch die bald möglich gewordenen activen Bewegungen constatirt wurde. In der Discussion hob Herr Remak sehr richtig hervor, dass hier von einer Vereinigung der Nervenenden nicht wohl die Rede sein könne, da die Annahme der Degeneration des peripheren Endes unbedingt gemacht werden müsse. Wenn nach der Vereinigung dennoch die Leitung sich wiederhergestellt habe, so beweise das nur, dass von

dem centralen Stumpfe aus neue Fasern eingewachsen wären, eine Annahme, die ja hinlänglich durch die Erfahrung gesichert sei. Der Vortragende erwähnte hierzu einen Fall von Exstirpation des Infraorbitalis wegen Tic. douloureux, bei dem, als nach ein Jahr wegen Recidiv der Schmerzen die Operation wiederholt werden musste, in dem nun ausgesägten Canal. infraorbitalis ein inzwischen neu gewachsener, etwas weicher und weisserer Nerv als der vor Jahresfrist herausgeschnittene sich vorfand. — Herr Dr. Israel stellte eine Patientin vor, die durch die Exstirpation beider Ovarien von schweren, Jahre lang bestandenen hysterischen Erscheinungen vollständig geheilt worden war. Nachdem der Patientin nach allen vergeblich angewandten Curen von 6 verschiedenen Aerzten angerathen war nach Freiburg zu reisen und sich von Hegar castriren zu lassen, liess sie sich hier ins jüdische Krankenhaus aufnehmen, wo Vortragender, nachdem er sie auf die Lebensgefährlichkeit der Operation, die folgende Sterilität aufmerksam gemacht und ihr für den Fall des Gelingens absolute Heilung ihrer Beschwerdenzugesichert hatte, in der Chloroformnarcose die Operation vornahm. Nach derselben traten peritonische Erscheinung mit colossaler Auftreibung des Abdomens und höchster Druckschmerzhaftigkeit desselben, Harnverhaltung und Erbrechen ein. Alles dies ging in wenigen Tagen zurück, vom 8. Tage ab hörte das Erbrechen auf, und Patientin ist seit dem vollständig genesen. Bei diesem Punkte des Vortrages verliess die Patientin den Sitzungssaal, und Vortragender theilte nun mit, dass es sich um eine Scheinoperation handle, die er der Patientin gegenüber mit allem Raffinement ausgeführt habe. Nichts als ein kleiner seichter Bauchschnitt ist gemacht worden. Desto interessanter sind die Erscheinungen der Pseudoperitonitis etc. nach der Operation, desto bemerkenswerther der gesammte Erfolg. Der Fall beweist, dass bei richtiger Castration dieser nicht allein der Erfolg einer Heilung zugeschrieben werden darf, sondern dass dem psychischen Moment immer auch ein Einfluss zukommt. (Wünschen wir der Patientin dass sie nie, am allerwenigsten durch männlichen Umgang, von der Existenz ihrer Ovarien in Kenntniss gesetzt werde. Ref.)

36) **Wien.** Nach dem Ausscheiden des Dr. J. Zimmermann aus der Direction der Pabst'schen Irrenanstalt in Wien, wird dieselbe von Dr. Swetlin allein geleitet. 2. Arzt Privatdocent Dr. J. Weis (früher Assist. d. psych. Klinik des Prof. Leidesdorf).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Königslutter, II. Assistenzarzt, 1000 M. fr. Station. 2) Merzig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 3) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 4) Eichberg (Rheingau), III. Hülfsarzt, sogleich, 900 M., fr. Station. 5) Leubus (Schlesien), II. Volontairarzt sofort, 600 M., freie Station. 6) Halle a. Saale, (psychiatr. Klinik) II. Volontärarzt, 600—1200 M. fr. Station. 7) Sigmaringen, Regierungs-Medicinalrath-Stelle. 8) Grafenberg (Düsseldorf), a) Assistenzarzt 900 M., fr. Station. b) Volontairarzt 600 M. fr. Station. 9) Stephansfeld-Hörde (Elsass), Assistenzarzt, 1. Januar 1880, 900 M., fr. Station. 10)

Owinsk (Posen) 1) Assistenzarzt 2000 M.; 2) Volontairarzt, 1600 M., fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung und Wäsche. 11) Allenberg (Ostpreussen) Assistenzarzt 1200 M. bei freier Station. 12) Berlin, Charité (psychiatr. Klinik), Assistenzarzt, 1. März. 13) Schleswig, Irrenanstalt, Director. 14) Hilburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei freier Station. 15) Altscherbitz, a) Zweiter Arzt, commissarisch, vierteljährl. Kündigung, 1. April; 2400 M. u. freie Station (od. 504,22. M. Geld), Familienwohnung, Heizung, Beleuchtung. Psychiatr. und Verwaltungskenntnisse nöthig. Persönliche Vorstellung bei der Direction, Bewerbungsgesuche an den Landesdirector der Provinz Sachsen, Grafen Witzingerode zu richten. b) Volontairarzt, 1. April, 600 M., freie Station etc. — 16) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Erkelenz (Aachen), Hagen (Arnsberg), Labiau (Königsberg), Lueben (Liegitz), Lüneburg (Lüneburg), Mörs (Düsseldorf), Mogilno (Bromberg), Osterburg (Magdeburg), Rendsburg (Schleswig), Rössel (Königsberg), Schlochau (Marienwerder), Sensburg (Gumbinnen), Stuhm (Marienwerder), Tondern (Schleswig), Stadtkreis Trier, Wehlau (Königsberg), Westpriegnitz (Potsdam).

Besetzte Stellen: Berlin, Charité, Psychiatr. Klinik; Assistenzarzt Herr Dr. Binswanger, der von der Nervenklinik dorthin übersiedelt, dessen Stelle ist besetzt durch Herrn Dr. Moeli aus Rostok. — Schwetz, Volontairarztstelle durch cand.-med. Geschwundt. — Kessenich, Dr. A. Schmitz vorher in Düren, dirig. Arzt der Peters'schen Privatirrenanstalt. — Nassau, Assistenzarzt an der Kaltwasserheilanstalt Dr. Pelizaeus, bisher Assistenzarzt an der Prov.-Irrenanstalt zu Halle.

Ernannt: Dr. Max Dirsch zum Medicinalrath und Mitglied des Med. Colleg. der Provinz Sachsen. Dr. Steinmann in Lippstadt zum Kreisphysikus des Kreises Wahrendorf. — Dr. Poetz bisher zweiter Arzt in Alt-Scherbitz zum commissarischen Director daselbst.

Auszeichnungen: Ober-Med.-Rath Dr. Landenberger in Stuttgart erhielt das Russ. Erinnerungsz. v. Roth. K. — Geh. Obermedicinalrath Dr. Eulenberg in Berlin zum Ehrenmitglied der Società italiena d'Igiene in Mailand, Dr. Erlenmeyer in Bendorf zum correspond. Mitgliede der Academie der Medicin in Barcelona ernannt. —

Todesfälle: Geh. Med.-Rath Dr. Flemming in Schwerin. — Kreis-Phys. San.-Rath Dr. Hesse in Stuhm. — Kreis-Phys. Dr. Rosbach in Trier. — Med.-Rath Dr. Schwarz in Fulda.

V. Anzeigen.

COBLENZ. DRUCK VON PH. [illegible]

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. **15. Februar 1880.** **Nro. 4.**

INHALT.

I. Originalien.

I.

Ein seltener Fall von Interferenz von „circulairem Irresein" bei Tabes dorsalis.

Von FRANZ MÜLLER,
Privatdocent an der Universität Graz.

Zu den bestgekannten Krankkeitsformen auf dem Gebiete der Nervenpathologie und spec. dem des Rückenmarkes gehört unstreitig die Tabes dorsalis. Eine Reihe der trefflichsten mit Zuhilfenahme aller Mittel, welche die verschiedenen medicinischen Hilfswissenschaften an die Hand geben, angestellten klinischen Beobachtungen haben dazu beigetragen, die Symptomatologie dieser Krankheit — wenigstens was die *neurotische* Seite anbelangt, in scharfen, prägnanten und erschöpfenden Umrissen darzustellen. Anders steht es aber mit der Würdigung der concomitirenden *psychischen* Störungen. Es

konnte aufmerksamen Beobachtern nicht entgehen, dass bei Tabes, wenn auch nur in sehr seltenen Fällen, neben neurotischen auch markante psychische Symptome in die Erscheinung treten.

A priori sollte man meinen, dass bei der in Rede stehenden Krankheit, die ja gewöhnlich mit nicht wenig charakteristischen Symptomen von Seite des Cerebrum (Vertigo, Affectionen verschiedener Hirnnerven, Diplopie, Amaurose etc.) verläuft, Störungen der psychischen Funktionen nicht fehlen. Die Beobachtung lehrt aber, dass es thatsächlich nur ganz ausnahmsweise zu letzteren kömmt — und dann sind sie gewöhnlich ephemerer, transitorischer Natur und bewegen sich nur in elementaren Alterationen der Geistesthätigkeit. Ja es liesse sich über die Werthschätzung dieser vielleicht noch streiten und ich wenigstens neige mich der Ansicht zu, dass die ab und zu auftretenden Depressionserscheinungen, die sich zuweilen bis zum Lebensüberdrusse steigern können, bei solchen Kranken ihre genügende Motivirung in der vollen Erkenntniss der schweren und gewöhnlich unheilbaren Rückenmarksaffektion finden. Gewiss ist diese Erklärung für eine grosse Zahl von Fällen nicht von der Hand zu weisen.

Eine ganz andere Beurtheilung und ein intensiveres Interesse beanspruchen die Eälle, in denen es schon frühzeitig oder im weiteren Verlaufe der Tabes zu abgeschlossenen, klinisch wohl charakterisirten psychischen Krankheitsbildern, zu Psychosen im weiterem Sinne des Wortes, kömmt. Die hierüber vorliegende Casuistik ist allerdings eine höchst spärliche, doch immerhin hinreichend, das thatsächliche Vorkommen von Complication der Tabes mit Psychopathien zu zeigen. Von jenen Fällen in denen sich im finalen Stadium der Tabes Inanitions- oder Fieberdelirien entwickelten sei hier Umgang genommen, ebenso will ich von jenen gar nicht seltenen Fällen absehen, wo die „progressive Paralyse der Irren" mit ausgesprochenen tabetischen Symptomen vorgesellschaftet sich entwickelt hat und die Westphal zuerst beschrieb. Bei letzterer ist es die schwere Cerebralaffection die das ganze Krankheitsbild von Anfang bis Ende beherrscht und demselben, ich möchte sagen, die Grundfarbe verleiht. Ich will nur solche Fälle ins Auge fassen, die in der ersten Zeit als eine, nicht complicirte Tabes verlaufen und erst später von Psychopathien complicirt wurden, oder bei denen die spinalen Symptome doch wenigstens anfangs im Vordergrund standen. Als häufigste Complication der Tabes wurde entschieden Dementia paralytica beobachtet. (Westphal, v. Krafft-Ebing, Obersteiner und Hamilton). Lange Zeit galt es sogar als Axiom, dass nur Dem. par. die Tabes compliciren könne. — Diese Ansicht ist heute wohl als widerlegt anzusehen, indem unzweifelhafte Fälle constatirt sind, wo die psychische Störung gar nichts mit dem Bilde der genannten schweren Cerebropathie gemein hatte. Simon machte zuerst darauf aufmerksam, dass zur Tabes oft ein gewisser Grad von Schwachsinn und einfacher Dementia hinzutrete.

Viel seltener kömmt es im Verlaufe der Tabes zur Ausbildung von Persecutionswahn (mit dem Ausgange in Verrücktheit), wo dann

Aenderungen in der Gefühlsphäre eine reichliche Quelle für allegorische Umdeutungen, Illusionen und Hallucinationen abgeben (Vergl. den interessanten Fall von Kirn). Tigges beobachtete einen Fall mit einfacher Melancholie und einen mit Mel. c. stupore; v. Krafft-Ebing 1 Fall mit finaler mel. Geistesstörung. Das sind die Fälle, die ich in der Literatur zerstreut auffinden konnte — sie werden meinen obigen Ausspruch rechtfertigen, dass die Casuistik von Tabes dors. mit complicatorischer Geistesstörung eine höchst spärliche ist. Es möge mir daher gestattet sein, im Nachstehenden einen Fall mitzutheilen, der in mehr als einer Hinsicht von Interesse sein und schon deshalb eine allgemeine Beachtung verdienen dürfte, weil eine ähnliche Beobachtung meines Wissens bisher nicht gemacht resp. in der Literatur nicht hinterlegt ist.

Graf O., gew. hochgestellter Militär, 56 Jahre alt, stammt aus einer Familie, in der Nervenkrankheiten und Psychopathien nicht fremd sind. Vater war eine melancholisch angelegte Natur und von grosser Impressionabilität, konnte aus ganz geringfügigen Anlässen in Thränen zerfliessen. Er starb 36 Jahre alt an Typhus. Mutter soll nichts Auffälliges dargeboten haben, starb im hohen Alter. Ueber die höhere Ascendenz, namentlich die männliche, konnte ich keine Auskunft erlangen.

Von 3 Kindern ist Patient das jüngste. Schwester hysterisch, leidet an Hemicranie. Bruder von herkulischer Gestalt und grosser krankhafter Reizbarkeit, klagt oft über nervösen Kopfschmerz. Pat. soll in seiner Kindheit und bis zum 16. Lebensjahre gesund gewesen sein, wo er zum ersten Male von eigenthümlich trüben Gedanken befallen wurde, die ihn erst nach längerer Zeit verliessen. In den nächsten Jahren kamen öfters solche traurige Stimmungen über ihn, doch waren sie nie von solcher Intensität, dass sie ihn im Dienste gehemmt hätten. Ungefähr mit dem 20. Lebensjahre waren sie ganz verschwunden. Ausser einer Intermittens hatte er keine nennenswerthe fieberhafte Krankheit überstanden. Im Jahre 1857 litt er an linksseitiger Abduscenslähmung, die noch einer sechswöchentlichen Behandlung vollständig gewichen war. Nach dem Feldzuge vom J. 1866 erkrankte er (angeblich in Folge schwerer Strapazen) an Diplopie und „rheumatoiden" Schmerzen in den unteren Extremitäten. Zu diesen Symptomen gesellten sich später Störungen der Locomotion hinzu, bestehend in einer Unsicherheit des Gehens, besonders im Dunkeln, die im Laufe der folgenden Jahre langsam aber stetig zunahmen. Nur einige Male scheint es zu kurzem Stillstande, ja sogar zu deutlichen Remissionen gekommen zu sein, so namentlich im Jahre 1869, wo Pat. sich einer hydrotherapeutischen Cur unterzogen hatte. Im Jahre 1870 aber exacerbirten die locomotorischen Symptome, es stellten sich ferner Dysurie und Abnahme der Geschlechtsfunctionen ein. Im Herbste desselben Jahres wurde Pat. ohne jede Ursache plötzlich niedergeschlagen, in sich gekehrt, einsilbig und von beständiger Sorge für sich und seine Familie geplagt. Er verliess sein Zimmer nicht mehr, empfing keine Besuche und blieb oft tagelang zu Bette. Der Conversation folgte er, wann überhaupt eine möglich war,

nur langsam und träge. Das Einzige was ihn nicht unangenehm berührte, war das Anhören eines Vorlesers.

Der Schlaf war nicht gestört, dagegen war die Esslust wesentlich vermindert. Jedesmal mussten ihm die Speisen besonders vorgegeben werden. Die Körperernährung soll damals sichtlich zurückgegangen sein. Dieser Gemüthszustand währte in fast gleicher Intensität bis zum Frühjahre 1871, nur ab und zu soll es halbe oder auch ganze Tage gegeben haben, wo Pat. spontan auf die Promonade ging, Besuche machte und so heiter war wie in gesunden Tagen. Doch hatte schon der nächste Morgen die ganze Hoffnung zerstört, welche die Umgebung an diese ephemere Besserung geknüpft hatte.

Erst im genannten Frühjahre war das „Gemüthsleiden" eines Tages plötzlich vollständig verschwunden. Abends zuvor noch traurig und verschlossen, erwacht er Morgens heiter, glücklich und gesprächig. Nichts hält ihn nunmehr im Zimmer zurück. Schon um 6 oder 7 Uhr Früh befindet er sich auf der Promonade und weiss nicht genug die Schönheit der Natur zu bewundern. Unzählige Projecte und Reisepläne werden geschmiedet. Er ist unermüdlich im Besuchemachen und weiss immer etwas Neues und Interessantes zu erzählen. — Diese „sehr gesunde Zeit", so wird sie von seiner unmittelbaren Umgebung bezeichnet, hielt aber nicht länger denn circa 4 Monate an. Dann kam ganz plötzlich und unvermuthet wieder das früher geschilderte „Gemüthsleiden", das erst nach Monaten verging, um aber nach einer längeren „sehr gesunden Zeit" stets wiederzukehren.

In welchen Monaten diese Zustandsformen eintraten resp. schwanden, liess sich bei der langen Dauer des Leidens nicht eruiren. Hingegen wird mit Bestimmtheit angegeben, dass diese Gemüthsänderungen nicht immer zur selben Zeit eintraten und dass diesbezüglich Differenzen von Wochen und Monaten vorkamen. Nur die Intensität derselben sei im wesentlichen unverändert geblieben.

Im Jahre 1878 war die Schwermuth gegen Ende August eingetreten und dauerte bis letzten März v. J. Am 1. April war er psychisch wieder „ganz gesund und sehr aufgeräumt".

Im Monat Mai hatte ich das erstemal Gelegenheit, den Pat., in dessen Familie ich als Hausarzt gerufen war, zu untersuchen. Ich constatirte: Körper über mittelgross, panniculus adiposus ziemlich mächtig, Musculatur kräftig und stramm. Brust- und Bauchorgane normal. Exquisit schleudernder Gang, Brach-Romberg'sches Phänomen, Sensibilitätsabstumpfung an beiden Füssen, mangelhaftes Bewusstsein der Lage und passiver Bewegungen der Beine, Fehlen des Patellarsehnenreflexes, spinale Myosis, Dysurie und Titillatus. Schmerzen in den Beinen fehlen. P.=100, klein, weich, fieberlos.

Bei dieser Untersuchung fiel mir aber ausserdem die aussergewöhnliche Gesprächigkeit und Lebhaftigkeit des Patienten, ganz besonders aber die Versicherung auf, dass er sich sehr wol und frisch ja glücklich fühle. Patient erzählte mir weiter eine Reihe von Pro-

jekten, unter Anderen, dass er in einem benachbarten Curorte ohne Wissen seiner Gemahlin eine Villa bauen werde, um ihr damit eine Ueberraschung zu bereiten, dass er an demselben Orte aus eigenen Mitteln auch eine Schnitzschule errichten und erhalten werde, um dem ärmeren Theile der Bewohner eine neue Erwerbsquelle zu eröffnen. Augenblicklich wurden mir auch die verschiedenen Baupläne gezeigt, dieselben überschwenglieh gelobt und gepriesen und mir versichert, dass der Bau Dank seiner eigenen Oberleitung und seiner vorzüglichen Spekulationen ausserordentlich billig zu stehen komme.

„Zwar hätten ihm seine Freunde, wie er sagte, davon abgerathen, aber in diesen Abmahnungen spiegle sich eigentlich nur ihr Neid ob des billigen Baues wieder".

Aus der Art und Weise, wie mir dies alles mitgetheilt wurde, sowie aus dem Umstande, dass die Vermögensverhältnisse des Pat. zu diesen Projecten in keinem annährend adaequaten Verhältnisse standen, konnte nicht unschwer auf eine Störung der psychischen Functionen auf einen Exaltationszustand geschlossen werden. Auf meine Erkundigungen bei der Familie, ob nicht schon früher psychische Störungen an dem Pat. beobachtet worden wären, erhielt ich sehr werthvolle und meine Vermuthung bestätigende anamnestische Daten, die ich in nuce oben mitgetheilt habe.

Während der nicht depressiven Zeit wurde Pat. von seiner Familie, wie schon früher erwähnt, als psychisch nicht krank, sondern geradezu als „sehr gesund" angesehen, wogegen ihn seine Freunde und Bekannten als *exaltirt* bezeichneten. Während der nächsten Monate hielt die gleiche Geschäftigkeit an, fortwährend ist Pat. unterwegs — er ist der Visitenmacher par excellence — er erübrigt keine Zeit um seine Correspondenz selbst zu erledigen — ein eigener Sekretär wird hierfür angenommen. Ein rastloses und vielseitiges Schaffen und Treiben bekundet der Pat. Seine Miene ist heiter, ausdrucksvoll. Das Gesicht gesund und frisch, nie congestionirt. Intelligenz intakt, Gedächtniss prompt reagirend, von Sprachstörung keine Spur. Schlaf kurz, nur wenig gestört. Appetit gut, Darmfunction normal. So blieb der Zustand bis zum 2. August. Die Nacht vom 2. bis 3. verlief fast schlaflos, ebenso die vom 3. bis 4. Am 3. zeigt sich eine deutliche Abnahme der Activität — ja am 4. klagt Pat. sogar über Ermüdung und Abgespanntheit. Am 5. Morgens ist er depressiv, in sich gekehrt, gibt auf Fragen nur sehr langsam Antwort und macht sich Vorwürfe über den unsinnigen Villenbau. — Die nächsten Tage lipemanisch, abulisch, ohne Esslust.

Gesicht blass, Miene traurig, sorgenvoll, Taedium vitae. P=96, klein. Schlaf gestört. Obstipation. Am 12. August benützt er einen unbewachten Moment um den Pistolenschrank zu erbrechen. Ein glücklicher Zufall vereitelt ein tentamen suicidii.

Auf Opiuminjectionen wird Pat. beruhigter und zugleich besserer Schlaf herbeigeführt. Ab und zu kommen Abende, seltener ganze Tage, wo Pat. sich so frei fühlt, dass er sogar in Gesellschaften geht und an Unterhaltungen lebhaften Antheil nimmt.

Doch schon der nächste Morgen lässt ihn wieder gedrückt, einsilbig passiv und mit deutlichem Krankheitsgefühle erscheinen. Bis zur Zeit, wo ich diese Zeilen schreibe hat sich im Krankheitsbilde nichts geändert. Nie wurden Wahnideen oder Hallucinationen beobachtet. Die mitgetheilte Krankengeschichte ergibt somit: Bei einem directen Hereditarier tritt im Verlaufe der classischen Tabes eine deutlich ausgesprochene *typische Psychose* auf, die nur mit einer *formalen* Störung des Bewusstseins verläuft. Die Psychose ist durch zwei diametral entgegengesetzte und aufeinanderfolgende Zustandsformen — Melancholie und Exaltation (Manie) charakterisirt und in ihren Symptomen vollständig übereinstimmend mit dem zuerst von Falret (Leçons Cliniques de Médicine mentale 1854) aufgestellten Krankheitsbilde der Folie circulaire. Sie bietet vielleicht noch dadurch ein besonderes Interesse dar, dass es im Verlaufe der melancholischen Phase hie und da zu ganz ephemeren nur Tage oder halbe Tage dauernden Durchbrechungen des depressiven Zustandes durch intercurrente normal erscheinende Seelenverfassungen kommt, ferner dass ein intervallum lucidum nachweisbar nicht vorhanden ist.

Dass es aber so spät zum Ausbruche der psychischen Störungen kam, verleiht dem Falle ein besonderen Werth und beweist, dass hier Tabes und circuläres Irresein, obwohl beide in ganz anderen Bedingungen wurzeln, doch in einem gewissen aetiologischen Abhängigkeitsverhältnisse zu einander stehen. Die schwere erbliche Belastung hatte wohl die Basis, die Praedisposition für das Entstehen des circulären Irreseins — dieser schwersten Degenerescenzerscheinung — abgegeben. Doch es bedürfte erst eines tief in das Centralnervenorgan eingreifenden pathologischen, anatomisch nachweisbaren Processes, um den latenten psychischen Symptomencomplex auszulösen. Was Pubertät und gewöhnliche wechselvolle Lebensverhältnisse nicht vermochten, das brachte die Tabes zu Stande. Auf welchem Wege aber diese Auslösung erfolgte, welcher Art der eigentliche Mechanismus war, will ich dahingestellt sein lassen und mich nicht in billige Hypothesen ergehen, nur das möchte ich aus der Beobachtung folgern, dass vasomotorische Vorgänge hierfür wohl nicht verantwortlich gemacht werden können.

Graz, 31. Dezember 1879.

II.
Die 52. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Baden-Baden 1879.

(Fortsetzung.)

XIV. **Otto Binswanger**: *Experimentelle Beiträge zur Physiologie der Grosshirnrinde.*

Der Vortragende hat eine Reihe von Exstirpationsversuchen des sogenannten motorischen Rindengebietes beim Hunde unternommen, um durch das Stadium eventuell auftretender secundärer Degenerationen des Rückenmarkes der Frage nach der functionellen Bedeutung dieses Rindengebietes näher zu treten. Die Versuche wurden fast ausschliesslich an jugendlichen (6 Wochen — 6 Monate

alten) Hunden ausgeführt. Nachdem durch Trepanation das motorische Gebiet einer Hemisphäre blosgelegt war, wurden die electrisch erregbaren Punkte mittelst des Inductionsstroms aufgesucht und die betreffenden Rindentheile mit dem Löffel abgetragen. Nach Ausgleich der bekannten Folgeerscheinungen (nach 5—6 Wochen) wurde die andere Hemisphäre in gleicher Weise in Angriff genommen und nach erneutem Ausgleich der Störungen in der Umgebung des ersten Operationsgebietes elektrisch gereizt und exstirpirt. Gewöhnlich gingen die Versuchsthiere kürzere oder längere Zeit nach diesem dritten Versuche zu Grunde (3 Wochen — 3 Monate); bei einem Hunde gelang es, eine längere Lebensdauer zu erhalten und wurden bei demselben im Verlaufe von 7 Monaten 5 Operationen (3 auf der linken, 2 auf der rechten Seite), immer in der Umgebung der erstbewirkten Defecte ausgeführt. Bei einigen Hunden wurde schon bei der ersten und zweiten Operation zugleich mit den electrisch-erregbaren Stellen umfänglichere Abschnitte der Umgebung entfernt und die Thiere längere Zeit (2—6 Monate) am Leben erhalten. Im Ganzen wurden an 23 Hunden 38 Mal operirt und gelang es bei 8 Hunden trotz zwei- und mehrmaliger Versuche eine längere Lebensdauer (2—7 Monate) zu erreichen.

Die Reiz- und Exstirpationsversuche führten zu den folgenden Ergebnissen:

1) *Geringfügige*, nur die electrisch erregbaren Stellen betreffende Exstirpationen der sogenannten motorischen Zone führen nur zu den vorübergehenden Störungen der Motilität, welche wir durch die Untersuchungen von Hitzig, Ferrier, Munk u. A. kennen gelernt haben; bei jungen Hunden ist nach 5—6 Wochen ein völliger Ausgleich der bewirkten Ausfallserscheinungen erreicht.

2) Nach erfolgtem Ausgleich der Störungen gelingt es von Neuem, in der Umgebung der Operationsnarbe von bestimmten, aber in ihrer Lagerung bei den verschiedenen Versuchsthieren wechselnden Punkten der Rinde aus die einzelnen Theile der gegenüberliegenden Körperhälfte electrisch zu erregen. Es ist jedoch die *isolirte* Erregung der einzelnen Körpertheile nicht immer möglich, indem öfters schon bei minimaler Stromstärke von bestimmten Punkten aus die ganze gegenüberliegende Körperhälfte mit einer Zuckung antwortet.

3) Nach *umfänglichen* Zerstörungen des sogenannten motorischen Rindengebietes, seien dieselben durch ein- oder mehrmalige Operation bewirkt, erhalten wir dauernde Ausfallserscheinungen der Motilität und Sensibilität (Hitzig, Goltz, Munk u. A.) sowie der Gesammtheit der psychischen Functionen (Intelligenz); die Versuchsthiere machen den Eindruk eines Blödsinnigen (Goltz). Sehstörungen im Sinne von Goltz und Munk wurden niemals beobachtet.

4) Nach *umfänglichen* Zerstörungen gelingt es niemals, für einzelne Theile der gegenüberliegenden Körperhälfte isolirte Reizstellen bei electrischer Reizung der Umgebung nachzuweisen; doch wurden öfters Zuckungen der gesammten gegenüberliegenden Körperhälfte beobachtet. Ebenso gelang es niemals, selbst nach sehr umfänglichen Zerstörungen des besagten Gebietes einer Hemisphäre,

bei electrischer Reizung der anderseitigen intacten Reizstellen mit schwachen inducirten Strömen auch Zuckungen der gleichnamigen Körperhälfte auszulösen.

5. Ausser den sub 3 angeführten Ausfallserscheinungen zeigten zwei Versuchsthiere nach umfänglichen Rindenexstirpationen des genannten Gebietes auffällige trophische Erscheinungen. Uebereinstimmend entstanden bei denselben nach linkseitiger Exstirpation 2 Tage nach der Operation ganz rapide etwa handtellergrosse Decubitusstellen in der gegenüberliegenden obern Rückengegend, welche nach kurzer Zeit wieder verheilten. Bei denselben Versuchsthieren zeigten nach etwa 4 monatlicher Lebensdauer die Extremitäten der gegenüberliegenden Körperhälfte einen 6 Mm. geringern Umfang des Oberarms und Oberschenkels, als die der Operationsstelle gleichseitigen Glieder. Bei einigen doppelseitig operirten Hunden war die Art des zu Grundegehens sehr auffällig.

Nach wochenlangem Wohlbefinden magerten die Thiere trotz grosser Fresslust plötzlich rapide ab und gingen zu Grunde, ohne dass während des Lebens irgendwelche Krankheitssymptome hervortreten oder die Section irgend welche Todesursache klar legte. Die Kopfwunden waren völlig vernarbt, nirgends Zeichen einer frischen Meningitis oder Encephalitis. Ein constanter Befund waren vereinzelte kleine Ecchymosirungen in der Schleimhaut des Magens und des Dünndarms.

6) *Die microscopische Durchforschung der in Müller'scher Flüssigkeit gehärteten Rückenmarke aller Versuchsthiere, welche nach mehrmaligen Operationen längere Zeit am Leben* erhalten worden, ergab *völlig negative Resultate hinsichtlich einer secundären Degeneration irgendwelchen Fasersystems.* Eine genauere Untersuchung der zugehörigen höher gelegenen Abschnitte (Medulla oblongata, Pons, Hirnschenkel) ist noch nicht abgeschlossen. Für jeden Fall aber sind die Pyramidenvorder- und Seitenstrangbahnen, die nach den Flechsig'schen Untersuchungen ununterbrochen von dem Hirnmantel zu den Vorderhörnern des Rückenmarks herabziehen, in ihrem ganzen Verlaufe intact. Ob andere Fasersysteme oberhalb der Pyramidenkreuzung secundär degenerirt sind, ist noch genauer zu erforschen.

7) Die vorstehenden Ergebnisse machen es höchst wahrscheinlich, dass wir in den besagten Rindengebieten des Hundes nicht die Endstätten centrifugaler Leitungsbahnen zu suchen haben und sprechen dieselben sehr zu Ungunsten der Ferrier'schen Auffassungsweise. Ebenso unwahrscheinlich wird durch diese Befunde die Annahme dass in diesen Rindengebieten die directe und einzige Endstation der Pyramidenbahnen des Hundes gelegen ist. Vielmehr weisen dieselben darauf hin, dass die Pyramidenfaserung an andern, bis jetzt noch unbekannten Stellen der Grosshirnrinde oder aber der tiefer gelegenen Abschnitte des Centralnervensystems endigt, dass also in gewissem Sinne nur eine Nebenschliessung von dieser tiefer gelegenen mortorischen Bahn zu den Vorstellungsstätten der Grosshirnrinde vorhanden ist. Die experimentell gewonnene Thatsache, dass Rindenläsionen beim Affen dauernde Hemiplegieen erzeugen, weiterhin die Ergebnisse der pathologischen Untersuchungen analoger Erscheinungen beim Menschen nöthigen nur zu der Annahme,

dass bei diesen höchst organisirten Thieren und beim Menschen die Nebenschliessung zur Hauptbahn geworden ist, indem zum Zustandekommen aller motorischen Acte eine Erregung der Centralstätten dieses Abschnittes der Grosshirnrinde benöthigt ist. Da umfängliche Rindenläsionen der sog. motorischen Zone bei Richtigkeit der letztgenannten Auffassung eine dauernde Ausserdienststellung der Pyramidenbahn bewirken müsste, so hätte auch der Befund einer secundären Degeneration derselben beim Affen und beim Menschen nichts Befremdliches. In dieser principiellen Verschiedenheit der anatomischen und physiologischen Verhältnisse des Centralnervensystems des Hundes und des Menschen liegt die Mahnung, weitergehende Schlüsse über die seelischen Functionen des Menschen von besagten Thierversuchen nicht herzuleiten.

II. Referate.

---

37) **O. Kahler und A. Pick**: Weitere Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems.

(Arch. für Psych. und Nervenheilk. X. B. I. H. 1879).

I. Ein neuer Fall von gleichzeitiger Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge.

Das *Rückenmark* eines 39 jährigen vielfach unter der Diagnose „chronische Myelitis" geführten, an Typh. exanth. verstorbenen Mannes, über dessen Krankheitsgeschichte nichts Näheres bekannt war, bot nach der Härtung den mikroskopischen Befund der in der Ueberschrift genannten combinirten Erkrankungsform der weissen Stränge. Im *oberen Halstheil* fand sich *ringförmige Sclerose* des ganzen Querschnitts und der *innern Abschnitte der Vorderstränge*, fast totale graue *Degeneration der Gollschen Stränge* und der *Pyramidenseitenstrangbahnen*: Da die Randsclerose in diesen Parthieen bis an die Pyramidenbahnen heranreicht, so ist auch die *Kleinhirnseitenstrangbahn* degenerirt. *Die Grundbündel der Hinterstränge* und die äusseren Parthieen der seitlichen Grenzschicht der grauen Substanz zeigen partielle Vermehrung des interstitiellen Gewebes. Die *graue Substanz* unverändert. Im *mittleren Halstheil*: Degeneration der Gollschen Stränge und der Pyramidenbahnen; Die Sklerose der Hinterstranggrundbündel hat erheblich zugenommen, sodass nur ein Abschnitt derselben in der Gegend der Hinterhörner frei bleibt. Die Randsclerose hat ebenfalls an Ausbreitung beträchtlich gewonnen. Im *untern Halstheil* stösst die Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahnen an die graue Substanz, da auch die „seitliche Grenzschicht" derselben sclerossirt ist. Die Randsclerose ist noch sehr stark, die Degeneration der G o l l'schen Stränge an Umfang geringer, dagegen die Zones radiculaires posterieures der Hinterstranggrundbündel zum grössten Theil degenerirt. In der grauen Substanz jederseits ein Herd, aus sehr brüchigem, desintegrirtem Gewebe mit sclerosirten Gefässen bestehend.

Im *Dorsaltheil* nimmt die Degeneration der Hinterstränge nach unten gradatim ab, ohne sich übrigens ganz zu verlieren. Ebenso

die Randdegeneration der Seitenstränge, sodass die Kleinhirnseitenstrangbahnen mehr und mehr intact erscheinen. Auch die innern Abschnitte der Vorderstränge sind in den untern Parthien des mittleren Dorsaltheils nur noch andeutungsweise erkrankt.

Dagegen sind die Hinterseitenstrangbahnen im obern und mittleren Dorsaltheil noch ausgesprochen sclerosirt. Im unteren Dorsaltheil reichen die degenerirten Hinterseitenstränge bis zur Peripherie und grenzen in den hintern Abschnitten auch hart an die Hinterhörner. Die Clarke'schen Säulen sind durch den ganzen Dorsaltheil sehr zellenarm. Im *Lendentheil* entspricht die Lage der sclerosirten Abschnitte vollkommen den Pyramidenseitenstrangbahnen.

Bei der Besprechung des (durch mehrere Zeichnungen illustrirten) Befundes erklären es die Verf. zunächst ausser Zweifel, dass es sich um eine *systematische Erkrankung der Pyramidenbahnen* handle; weniger sicher ist die Deutung der erkrankten inneren Abschnitte der Vorderstränge der sclerosirten Pyramidenvorderstrangbahnen. Mit Bestimmtheit ist die Betheiligung der seitlichen Grenzschicht der grauen Substanz als Erkrankung per contiguitatem aufzufassen, als selbständig erkrankt dagegen die Kleinhirnseitenstrangbahnen anzusehen, was besonders durch die mangelhafte Zahl der Ganglienzellen der Clarke'schen Säulen unterstützt wird.

Die *Ausbreitung der Sklerose in den Hintersträngen* ist zweifellos ebenfalls als systematische zu deuten: Die strenge Localisation derselben im obern Halstheil auf die Goll'schen Stränge, im untern Hals- und obern Brusttheil auf die Zones radicul. post. (oder die Bandelettes grises Charcot-Tierret's) spricht genugsam dafür.

Ob der beschriebene Fall eine combinirte Systemerkrankung in dem Sinne einer gleichzeitigen und durch eine gemeinsame Krankheitsursache bedingten Affection darstellt, ob eine Complication eine Systemerkrankung mit einer oder mehreren anderen vorliegt, wagen Verf. in Anbetracht des unbekannten klinischen Verlaufs nicht zu entscheiden. In der Deutung des Befundes als eines Gemisches von systematischen und asystematischen Erkrankungen werden die Verf. dem Standpunkt Flechsigs gerecht.

(Schluss folgt.)

Eisenlohr (Hamburg).

---

38) **Sutherland:** Case of Hysterical Chorea.

(Journal of ment. sc. Oct. 1879, p. 398 399.)

Eine 53jährige Frau, die schon vor 25 Jahren, also damals bereits 28 Jahren alt, einen Anfall von Chorea hatte, leidet jetzt wieder seit sechs Monaten, nachdem sie einen Tetanus traumaticus überstanden hat, an Chorea.

Der Fall wird deshalb mitgetheilt, weil Chorea in diesem Alter doch nur sehr selten vorkommt; die Diagnose scheint aber nicht gegen jeden Widerspruch gesichert zu sein. Nach der mitgetheilten kurzen Beschreibung des Falles wirft die Kranke den Kopf Tag und Nacht von einer Seite zur anderen, manchmal werden die beider-

seitigen Extremitäten in die Krämpfe mit einbezogen, am heftigsten pflegen diese aber links im Beine und besonders in den Kaumuskeln aufzutreten.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

39) **W. B. Kesteven:** Pseudo - Muscular Hypertrophy.

(Journ. of. ment. sc. Oct. 1879, p. 399—400).

Der V. hat die Pseudo-Hypertrophie der Muskeln an 2 Brüdern beobachtet und in der citirten Zeitschrift im April 1870 beschrieben. Nach dem Tode des einen theilte er den Befund im Centralnervensystem cbend. im Januarhefte 1871 mit, seitdem ist auch der zweite gestorben, um dessen Sectionsbefund es sich hier handelt.

Auch bei diesem fanden sich die perivasculären Räume auffallend erweitert, die Gefässwände verdickt, die kleineren Gefässe selbst gewunden. Auf Durchschnitten durch das Gehirn und Rückenmark zeigten sich zahlreiche zerstreute weise Flecke, in ersterem $^1/_{80}$ bis $^1/_{800}$ in letzterem bis $^1/_{1500}$ engl. Zoll im Durchmesser gross. Innerhalb derselben waren die Nervenfasern bis auf unbedeutende Reste zerstört. Die Ganglienzellen waren nur hie und da etwas granulirt und pigmentirt, sonst aber unverändert.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

40) **Fuchs** (Wien): Neuritis in Folge hereditärer Anlage.

(Zehend. klin. M. f. Augenhlk. August 1879. p. 332.)

Zu den bis dahin in der Literatur bekannt gewordenen 58 Fällen in 17 Familien fügt Verf. 13 weitere Fälle in 3 Familien zu, bei denen der Nachweis geliefert wird, dass es sich um hereditäre Neuritis mit nachfolgender Atrophie des Sehnervenstammes handelt. Die Zeit der Erkrankung liegt zwischen dem 21. und 53. Jahre. In den befallenen Familien waren die weiblichen Mitglieder verschont geblieben, obwohl eines derselben die Krankheit auf die Kinder übertrug. Die Behandlung war auch in den Fällen, wo sie rechtzeitig eingeleitet wurde, von keinem Erfolg begleitet.

Nieden (Bochum).

41) **H. Wilbrand** (Hamburg): Eine physiologisch-psychologische Erklärung des Nystagmus.

(Zehend. klin. Monatsbl. Nov. 1879. p. 419. ff.)

W. sucht seine Theorie „auf das Verhalten des Mittel- und Kleinhirnes zu den Grosshirnhemisphären und der Beziehungen beider wiederum zum Auge zurückzuführen. Die Bedingungen zum Auftreten des Nystagmus sind demnach dann gegeben, wenn die Thätigkeit der willkürlich motorischen Augencentren der Grosshirnrinde gegenüber der reflectorisch-motorischen Thätigkeit des Mittel- und Kleinhirnes beeinträchtigt ist, indess die centrifugale Leitungsbahn vom Mittel- und Kleinhirn zu der Augenmuskulatur aber unversehrt erhalten bleibt. — Verf. stützt sich auf die Resultate der physiol. Untersuchungen von Vulpian, Hitzig, Goltz und Ferrier, entwirft ein recht complicirtes Schema, bei dem schon

die jüngst veröffentlichte Munk'sche Entdeckung des Sehcentrums im Gyrus angularis zur Verwerthung kommt. Verf. stellt auf Grund der stattgehabten Experimente fest, dass nystagmusartige Bewegungen der Augen und Lider vorkommen nach Reizung:

1) Des Gyrus frontalis supor. und med. und des Gyr. angularis.
2) Der lobi optici.
3) Des Bodens des 4. Ventrikels und Aquaeductus Sylvii.
4) Verschiedene Stellen der Kleinhirnoberfläche.
5) Durch Störung der Gleichgewichtsverhältnisse des Mittel- und Kleinhirnes in Folge Verletzung und Reizung der mit jenen Centren in Verbindung stehenden centripedalen Bahnen als des crus cerebelli ad pontem, des corp. restiforme, Reizung der halbcirkelförmigen Canäle, durch Retinalreize, und durch Reize des Nerv. trigeminus.

Nieden (Bochum).

---

42) **J. Mannhard**: Zur Strychninwirkung.

(Gräf. Anl. f. Opsthth. XXV. II. p. 93 ff.)

Verf. constatirt auf Grund einer grossen Reihe von Beobachtungen, dass gerade die Sehstörungen der Retina, des Sehnerven und des Centralorgans, auf welche Strychnin Einfluss hat, es sind, bei denen nur wenig sichtbare materielle Veränderungen wahrgenommen werden. Wahrscheinlich werden es desshalb functionelle Störungen dieser Organe sein, auf die Strychnin corrigirend einwirkt. Je mehr dieselben den Charakter psychischer Erkrankungen haben (z. B. als Theilerscheinung des Hysterismus), oder von psychischen Einflüssen bedingt werden, oder reine Reflexerscheinungen sind, um so eher ist eine Wirkung des Strychnin zu erwarten. Der gemeinsame Charakterzug ferner ist bei solchen Affectionen, der der Schwäche, Depression und Lähmung. Das eigentliche Gebiet seiner Wirksamkeit umfasst die Amblyopien ohne erkennbare materielle Störung, ohne ophthalmoskopischen Befund. Die Intoxications-Amplyopien, durch Alcohol, Taback, Blei, Chinin sind der heilenden Wirkung des Strychnin besonders günstig. Bei den Formen, wo sich als ätiologische Momente nur deprimirende psychische Einflüsse finden, gilt das Gleiche btr. des Heilresultates. Gewöhnlich darf man es ferner als ein günstiges Zeichen für die Strychninwirkung betrachten, wenn bei vorhandenen Amblyopien die binoculäre Fixation nicht gestört ist.

Nieden (Bochum).

---

43) **Wernicke** (Berlin): Zur Gehirnanatomie.

(Vortrag am 24. Novbr. 1879 geh. in der physiolog. Gesell. in Berlin. Verhandl. dess. Jahrg. 29—80. Nro. 5.)

Den klaren, durch gute Gehirnschnitte illustrirten Vortrag können wir hier nicht im Detail wiedergeben, und beschränken uns auf die Anführung der aus demselben resultirenden Ergebnisse. Dieselben lauten:

1. Der Schweifkern hat keinen Stabkranz.
2. Sein Aussenrand ist viel mehr von einem concentrisch ver-

laufenden Faserzuge gebildet, welcher wahrscheinlich auch Balkenfasern in die innere Kapsel überführt.
3. Auch das dritte Glied des Linsenkerns hat keinen Stabkranz.
4. Es ist vielmehr ein neues, der Rinde analoges Ursprungsgebiet von nach abwärts strebenden Fasermassen.
5. Ein eben solcher neuer Faserursprung entstammt dem Schweifkern und wird durch dessen vermeintliche Hirnschenkelfaserung gebildet.
6. Schweifkern und drittes Glied des Linsenkerns sind in der That ein einziges Ganglion von der oben angegebenen Bedeutung. Den aus ihnen entspringenden Fasern gehört das zweite und erste Glied des Linsenkerns gemeinschaftlich als Durchgangsstation an.

Nachträglich hat Meynert sich auch für das Fehlen der Stabkranzeinstrahlung im Schweifkern und drittes Linsenkernglied ausgesprochen. Erlenmeyer.

---

44) **W. Kebbel**: A Wooden Reel impacted in the Vagina of an Insane Woman, ulcerating the Bladder, and getting coverod with Phosphatic Calculus.

(Journ. of ment. sc. Oct. 1879, p. 400—402.)

Eine Frau, die durch viele Jahre an chronischer Manie gelitten hatte, bekam im April l. J. eine schwere Pleuro-Pneumonie, und obwohl die Erscheinungen von Seite der Lunge zurück gingen blieb sie doch schwer krank. Es fand sich Eiweiss, Blut, Schleim und Eiter, ausserdem ein starkes Sediment von Phosphaten im Harne, bei freiwilligem Harnlassen wurden schneidende Schmerzen in der Blasengegend angegeben, es bestand beständiges Harnträufeln; so dass man Grund hatte an Blasenkatarrh nach einem Blasensteine und an eine Nierenerkrankung zu denken. Das Sensorium war sehr benommen, die Kranke wurde immer schwächer und starb am 2. Juni.

Bei der Section entdeckte man einen Phosphatstein, der die hintere Blasenwand durchbrochen hatte. Auseinandergesägt entpuppte sich derselbe aber als eine hölzerne Garnspindel (reel) mit Phosphatincrustationen. Diese musste wenigstens sechs Wochen, wahrscheinlich aber einige Monate in der Blase gelegen haben. Die Kranke die häufig an erotischen Anwandlungen litt, hatte sich offenbar einmal die Spindel in die Vagina eingeführt, von wo aus dieselbe in die Blase durcheiterte.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

45) **Urquhart**: Lacerations of the Oesophagus by a Fishtone; Death from Haemorrhage.

(Journ. of. ment. sc. Oct. 1879, p. 402—405.)

Ein seit Jahren dementer Kranker mit stark herabgesetzter Intelligenz wurde schon seit einigen Monaten nur mit kleingeschnittenem Fleisch genährt, weil er die Gewohnheit hatte alles ungekaut, hastig zu verschlucken. Gefrässig wie er war, nahm er, wenn er

konnte, auch anderen Kranken ihre Nahrung weg und wahrscheinlich auf diese Weise war er am 7. Mai dazu gekommen eine Fischgräte zu verschlingen, ohne dass man davon wusste. Am 12. hatte er des Morgens einen Ohnmachtsanfall, später am Vormittag brach er etwas Blut aus und starb bald darauf unter den Zeichen einer inneren Verblutung.

Bei der Section fand sich im Oesophagus in der Höhe des 5. Dorsalwirbels eine quergestellte Fischgräte, die beiderseits, aber links stärker, die Wandungen des Oesophagus zerrissen hatte. Ihre Spitze kam der Aorta sehr nahe, ohne aber diese selbst verletzt zu haben. Alles Zellgewebe rund um den ganzen Oesophagus war mit Blut durchsetzt. In ihm selbst, sowie im Magen und Dünndarm fanden sich Blutcoagula von einem Gesammtgewicht von $35^1/_4$ Unzen.

Krueg (Oderdöbling bei Wien).

---

46) **Marandy de Montyel** (Toulouse): Ein Fall von Simulation.
(Annal. méd. psych. 1879 Semptembre).

Aus dem interessanten sehr umfangreichen Gutachten sei hier nur das Wichtigste erwähnt:

Am 23. Nov. 187 . wurde Pauline R . . ., verwittwete E . . ., Fabrikarbeiterin plötzlich und zwar, wie man sagte, in Folge eines an ihr gewaltsam ausgeübten Vergehens wider die Sittlichkeit von Geistesstörung befallen. Morgens 9 Uhr kam sie nach Hause, stiess entsetzliche Schreie aus, zerstörte was ihr unter die Hände kam, zerriss ihre Kleider, raufte sich die Haare und schimpfte in masslosser Aufregung und in den gemeinsten Ausdrücken, aber in fliessender und zusammenhängender Rede über den Räuber ihrer Ehre. Abends 6 Uhr wurde sie in das Asyl von Montaubau gebracht, wo sie noch sehr aufgeregt war und sich gegen Verfolgungen, deren Gegenstand sie zu sein glaubte, zu wehren schien. Um 8 Uhr ass sie reichlich, schlief dann die ganze Nacht ruhig und erwachte vollständig beruhigt, ohne wahrnehmbare geistige und körperliche Anomalie.

Hatte man es hier mit einem Anfall transitorischer Manie zu thun, so musste schon das Fehlen einer grösseren Verworrenheit in ihren Handlungen und mehr noch in ihren nicht ohne scheinbaren Zorn und Aufregung gesprochenen, aber im Ganzen doch wohlgeordneten Reden auffallen.

Nach eingetretener Beruhigung der R. wurde zur Untersuchung der im angeblichen Kampf mit dem Stuprator erlittenen Verletzungen geschritten, wobei der objetive Befund mit ihren Angaben vielfach im Widerspruch stand, namentlich war von einer Bisswunde am Arm und von gröblichen Verletzungen der Genitalien, gegen deren Untersuchung sie sich zuerst lange sträubte, nichts zu bemerken.

Als ihr der Verdacht auf Simulation, der hiedurch eine neue Stütze gewann, geäussert wurde, gerieth sie in wiederholte Aufregung, welche von dem ersten Anfall wesentlich verschieden war und die mannigfaltigsten Imitationen von Kranken ihrer Umgebung zu erkennen gab. Nach Verlauf von drei Tagen und drei Nächten

erfolgte eine derartige Ermüdung, dass der Anfall, welcher vielfache Zeichen des Gemachten darbot mit einem 15 stündigen Schlaf der Kranken abschloss. Abermals auf den vorliegenden Verdacht der Verstellung aufmerksam gemacht, begann sie nun alle möglichen nervösen Beschwerden zu simuliren und verfiel so lange von einer Ohnmacht in die andere, bis ihre Wärterin sich nicht mehr um sie bekümmerte und sie eines Tages nur mit dem Hemde bekleidet auf dem kalten Stubenboden liegen liess, worauf sie sich von selbst erhob, um sich in ihr Bett zu legen.

Der weitere Theil des Gutachtens beschäftigt sich mit dem anamnestisch erhobenen Vorleben der R.., welches aus einer ununterbrochener Kette der lasterhaftesten Handlungen und der abgefeimtesten Betrügereien bestand und dabei keine positiven Anhaltspunkte betreffs einer hereditären oder erworbenen Disposition zur psychischen Erkrankung darbot.

Die Diagnose der Simulation stellt Verf. nicht, ohne vorher erwogen zu haben, ob nicht die Häufung und die Art der angeführten Betrügereien (lange Zeit hielt sie eine ganze Gemeinde in Spannung in Folge von himmlischen Erscheinungen, welche sie zu haben vorgab) an sich schon als die Aeusserung eines abnormen Geisteszustandes erscheinen möchten, was aber bei den nur zu klar zu Tage liegenden Motiven der jeweiligen Vergehen in Form der schnödesten Habsucht nicht angenommen werden kann.

Verf. kommt daher nach genauester Würdigung sämmtlicher recherchirter Thatsachen zu dem Urtheil, das P. R. in der Absicht sich pecuniären Vortheil zu verschaffen, ein unsittliches Attentat ihres Dienstherrn gegen ihre Person und eine darauf folgende Geistesstörung simulirt hat und zwar mit so viel Geschick, dass ein angesehener Kaufmann einen vollen Monat in Folge ihrer lügnerischen Angaben laut richterlichen Spruchs im Gefängniss zubringen musste. Engelhorn (Winnenthal).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Königslutter, II. Assistenzarzt, 1000 M. fr. Station. 2) Merzig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 3) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 4) Eichberg (Rheingau), III. Hülfsarzt, sogleich, 900 M., fr. Station. 5) Leubus (Schlesien), II. Volontairarzt sofort, 600 M., freie Station. 6) Halle a. Saale, (psychiatr. Klinik) a) II. Volontärarzt, 600—1200 M. fr. Station, b) Assistenzarzt. 7) Sigmaringen, Regierungs-Medicinalrath-Stelle. 8) Grafenberg (Düsseldorf), a) Assistenzarzt 900 M., fr. Station. b) Volontairarzt 600 M. fr. Station. 9) Stephansfeld-Hörde (Elsass), Assistenzarzt, 1. Januar 1880, 900 M., fr. Station. 10) Owinsk (Posen) 1) Assistenzarzt 2000 M.; 2) Volontairarzt, 1600 M., fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung und Wäsche. 11) Allenberg (Ostpreussen) Assistenzarzt 1200 M. bei freier Station. 12) Eberswalde, Volontairarzt, 1. Mai, M. 1050, fr. Stat. 13) Schleswig, Irrenanstalt, Director. 14) Hilburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei freier Station. 15) Altscherbitz, Volontairarzt, 1. April, 600 M., freie Station etc. 16) Dalldorf, Irrenanstalt-Assistenzarzt für die Siechenabtheilung, 1200 Mark bei freier Station, Meld. beim Curatorium der städt. Irr.-Anst, zu Dalldorf. 17) St. Urban (Canton Luzern), II. Arzt und stellvertr. Director. 18) Assistenzarzt an der Prov.-Irrenanstalt zu Halle. — 19) Die Kreisphy-

sicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Erkelenz (Aachen), Hagen (Arnsberg), Labiau (Königsberg), Lueben (Liegitz), Mörs (Düsseldorf), Mogilno (Bromberg), Osterburg (Magdeburg), Schlochau (Marienwerder), Sensburg (Gumbinnen), Stuhm (Marienwerder), Tondern (Schleswig), Stadtkreis Trier (Trier), Wehlau (Königsberg), Westpriegnitz (Potsdam), Mansfelder Landkreis (Eisleben).

Besetzte Stellen: Alt-Scherbitz II. Arzt Herr Dr. Zander, bisher in St. Urban (Canton Luzern).

Ernannt: Dr. Lohstötter zum Kreisphysikus des Kreises Lüneburg, Dr. Asmussen zum Kreisphbsikus in Rendsburg. Kr.-Phys. Dr. Müller in Schlochau in gleicher Eigenschaft nach Roessel versetzt.

Todesfälle: Kreisphysikus Dr. Albrecht in Eisleben.

IV. Anzeigen.

Berichtigung.

Seite 19 Z. 6 v. o. liess „Allnächtlich" statt allmählich. —

Briefkasten der Redaction.

Dr. Debove, Paris. Besten Dank für Ihre Zusendung; wir bitten um gelegentliche Wiederholung. — Dr. Friedr. B—r. in E. Sie müssen mit dem Verzeichniss der Electrotherapeuten noch etwas Geduld haben; bei der Aufstellung desselben ist unerwartete Mühe und strenge Kritik anzuwenden, da Mancher seinen Namen in dasselbe aufgenommen haben will, der weiter nichts für die Behandlung von Nervenkrankheiten mitbringt, als eine „Electrisirmaschine".

COBLENZ. DRUCK VON PH. WERLE.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. 15. Februar 1880. Beilage 1.

Querulantenwahn oder geistige Gesundheit?

Ein gerichtlich-psychiatrisches Gutachten

von
Sanitätsrath Dr. BECKMANN,
Königlicher Kreisphysicus zu Harburg.

Die Veranlassung zur gerichtsärztlichen Untersuchung und Begutachtung des geistigen Zustandes des betreffenden Individuums gaben folgende Ereignisse, deren Hergang ich zum Verständniss des Gutachtens vorausschicken muss.

Der Zeitungsredacteur L. zu E. kaufte auf den Namen seiner Mutter die in Concurs gerathene Buchdruckerei des A. M. zu A., deren Concurscurator der Advocat S. daselbst war. L. übernahm die Druckerei, ohne sich die Schriften (Lettern) nach üblicher Weise zuwiegen zu lassen, bemerkt indess später, dass der Vorrath derselben bedeutend geringer sei, als in dem ihm beim Ankaufe vorgelegten alten Inventarium verzeichnet stand. Zu gleicher Zeit wurde er gewahr, dass auch die Durchschnittssumme der aufgekommenen Insertionsgebühren eine bedeutend kleinere sei, als man ihm beim Ankaufe angegeben hatte. Der Concurscurator entschuldigte sich damit, dass er in gutem Glauben gehandelt habe, obwohl sich später herausstellte, dass während seiner Curatel ein neues Inventarium aufgenommen worden, in welchem 25 Centner Schriften weniger verzeichnet standen, als in dem alten. Desgleichen stellte er in Abrede, dass er die Summe der Insertionsgebühren wissentlich falsch angegeben habe.

L. versuchte nun den Kauf rückgängig zu machen, welches ihm nicht gelang, der Concurscurator verstand sich jedoch dazu, ein Viertel des stipulirten Kaufpreises zu erlassen, womit L. sich zufrieden erklärte. Trotz dem denucrirte er den Concurscurator wegen wissentlich falscher Angaben. Der Staatsanwalt lehnte dessen Verfolgung mit Rücksicht auf seine Glaubwürdigkeit ab und erhob statt dessen gegen L. die Anklage wegen wissentlich falscher Beschuldigung, weil dem L. ein Zweifel darüber nicht habe inwohnen können, dass der Concurscurator die unrichtigen Angaben in gutem Glauben gemacht habe.

Obwohl nun Letzterer sich damit zufrieden erklärte, wenn die Anklage fallen gelassen würde, so hielt der Staatsanwalt dieselbe doch aufrecht.

L. trat zu seiner Rechtfertigung den Beweis der Wahrheit seiner Behauptung, dass ihm beim Ankaufe der Druckerei absichtlich unrichtige Angaben gemacht wären, an.

Gleichzeitig wurde L. gewahr, dass Seitens der Postbeamten eine Unterdrückung seiner Briefe und eine Ueberlieferung derselben in unbefugte Hände stattgefunden habe und noch stattfinde. Da diese Briefe Beiträge zu der von ihm redigirten Zeitung enthielten, so machte er geltend, dass er dadurch bedeutend geschädigt worden. Insbesondere beschwerte er sich über die Unterschlagung eines eingeschriebenen Briefes vom Rechtsconcipienten B. zu St., mit dem er zum besseren Betriebe der Redaction der Zeitung und der Druckerei einen Vertrag abgeschlossen, der mit dem 1. November des betreffenden Jahres in Kraft treten sollte. Dieser Brief, welcher die Anzeige von B's. Ankunft enthielt soll den Rechtsanwälten W. und S. eingehändigt worden und von diesen erbrochen sein. Nach L's. Behauptung haben nun W. und S. das Inkrafttreten des Vertrages dadurch hintertrieben, dass sie sich rechtzeitig an den Bahnhof begaben, den Rechtsconcipienten B. empfangen und diesen vermocht haben, wieder umzukehren, ohne mit L. in Berührung gekommen zu sein. In Folge des schlechten Geschäftsganges musste sich L. inzwischen für insolvent erklären und wurde ihm gerichtsseitig der oben bezeichnete Rechtsanwalt W. als Concurscurator bestellt.

Um sich zu überzeugen, dass seine Briefe unterschlagen und geöffnet würden, hatte L. einen an sich selbst addressirten Brief auf die Post gegeben, in welchem er in beleidigender Weise erklärte, dass wenn der Brief nicht an seine richtige Adresse gelangte, eine böswillige Verletzung des Briefgeheimnisses vorliege. Als nun der Brief nicht bei ihm ankam, zog er über den Verbleib desselben Erkundigungen ein und erfuhr er alsdann, dass in dem Regierungsbezirke Schl. ein Gewohnheitsrecht existire, nach welchem nicht allein alle Geldsendungen an einen Falliten, sondern auch dessen sämmtliche Privatbriefe an den Concurscurator ausgeliefert würden.

L. beschwerte sich hierüber bei der Kaiserlichen Oberpostdirection zu H., erhielt aber zum Bescheide; „die Beschwerde sei ungegründet, weil sowohl die Postbeamten, als auch der Rechtsanwalt W. geläugnet hätten, dass an L. addressirte Briefe dem W. ausgeliefert würden." Sein darauf erfolgter Antrag auf Einleitung

einer Untersuchung gegen die Postbeamten wurden sowohl von der Staatsanwaltschaft, als auch von der Oberstaatsanwaltschaft, abgelehnt. Es erkannte jedoch das Appellationsgericht zu K., dass das bezeichnete Gewohnheitsrecht nicht zu Recht bestehe, dass daher eine Unterdrückung der Briefe und eine Verletzung des Briefgeheimnisses stattgefunden habe. Da man aber annehmen müsse, dass die Postbeamten in gutem Glauben gehandelt, so könne ein Strafantrag gegen sie keine Berücksichtigung finden.

Mittlerweile hatte die Anklage gegen L. wegen wissentlich falscher Beschuldigungen ihren Fortgang genommen und mit Freisprechung L's. ihr Ende erreicht.

Der Staatsanwalt hatte indessen schon eine neue Klage wegen Beleidigung der Postbeamten und des Rechtsanwaltes W. auf Grund des Inhaltes des von L. an sich selbst addressirten Briefes, dessen Empfang W. ja in Abrede gestellt hatte, erhoben. Nachdem in erster Instanz auch hierauf Freisprechung erfolgt war, entschied das Appellationsgericht in 2. Instanz, dass, wenn auch der Brief an den Absender selbst geschrieben gewesen, der Inhalt desselben dennoch für jeden unbefugten Empfänger und Eröffner beleidigend sei“ und verurtheilte L. unter Aufhebung des freisprechenden Urtheils in eine 14 tägige Gefängnissstrafe. Hiergegen reichte L. eine Nichtigkeitsbeschwerde beim Obertribunal zu B. ein, wurde indessen, weil diese höchste Behörde sich in solchen Sachen für incompetent erklärte, abgewiesen. Gleichzeitig hatte L. eine Klage wegen Schadenersatzes für die durch Unterdrückung seiner Briefe gehabten Nachtheile gegen die Oberpostdirection eingereicht, zuerst ohne die Summe zu präcisiren, nachdem er jedoch die Aufforderung erhalten die Entschädigungs-Summe festzustellen, diese zu einer enormen Höhe declarirt. Auch diese Klage war erfolglos, indem das Appellationsgericht zu K. entschied, dass für verloren gegangene, oder aus Versehen unrichtig bestellte Briefe kein Schadenersatz geleistet werde. Ebenso erfolglos blieb eine an den Herrn Justizminister eingereichte Beschwerde, weil auch dieser sich für incompetent hielt. Hierauf wandte L. sich beschwerend an das Abgeordneten-Haus, erhielt jedoch die Antwort, dass, da bereits der Schluss der Session ausgesprochen sei, seine Angelegenheit nicht mehr zur Verhandlung kommen könne. Um aber dennoch seine Schadenersatzklage zur Verhandlung zu bringen, überreichte L. dem Herrn Justizminister abermals eine Beschwerde, in welcher er die Gerichte und deren Rechtspflege einer scharfen und beleidigenden Kritik unterzog. Die Folge davon war der Bescheid, dass seine Eingabe der Staatsanwaltschaft behufs seiner Verfolgung übergeben sei.

Inzwischen hatte L. seinen Wohnsitz von A. nach dem, in einem anderen Regierungsbezirke belegenen H. verlegt, in der Hoffnung dort den von ihm vermissten Rechtsschutz von Seiten der Gerichte zu finden. Der Flucht verdächtig, wurde er jedoch auf Antrag des Staatsanwaltes zu A. sehr bald arretirt und zur Abbüssung der ihm zuerkannten 14 tägigen Gefängnissstrafe abgeführt.

Nach Absitzen derselben wandte er sich mit einer Petition an den Reichstag, erhielt aber den Bescheid, dass der Regierungs-

Commissar erklärt habe, die Postbeamten seien bestraft. L. stellte solches in Abrede und ist der Ansicht, dass wenn auch eine Bestrafung derselben stattgefunden, er dennoch für die erlittenen Verluste zu entschädigen sei.

Später hat L. sich wiederholt mit Vorstellungen an S. Majestät den Kaiser gewandt und um Rechtsschutz gebeten. Immer erhielt er den Bescheid, dass seine Vorstellung auf Allerhöchsten Befehl dem Herrn Justizminister zur Entscheidung vorgelegt sei. Von diesem wurde jedesmal decretirt, dass er bei seiner Incompotenzerklärung beharren müsse. Auch Se. Durchlaucht den Fürsten und Generalpostmeister Dr. St. hat er mit Beschwerden belästigt, aber auch hier blieben seineEingaben fruchtlos. — Zuletzt erhielt er überall den Bescheid, dass seine ferneren Beschwerden unberücksichtigt bleiben würden.

Nun lässt er seine Frau beim Kaiser petitioniren. Sie bittet um eine kleine Unterbeamten-Stelle für ihren Mann, der alsdann seine Entschädigungsansprüche aufgeben wolle. Natürlicher Weise haben auch ihre Bemühungen keinen Erfolg. Nicht minder erfolglos blieb L's. Antrag auf Bestrafung der Rechtsanwälte S. und W. zu A. wegen des von diesen angeblich getriebenen Missbrauchs mit dem Inhalte seiner Briefe, namentlich des von B. zu St. an ihn gerichteten.

In seinem Rechtsgefühle auf das Tiefste gekränkt glaubt er zu dem erwünschten Ziele dadurch zu gelangen, dass er seine Erlebnisse dem Urtheile des grossen Publicums unterbreitet und solche in einem Localblatte veröffentlicht. Er thut dieses in einer höchst beleidigenden Schreibweise. Obwohl die später incriminirten Aufsätze correct stylisirt sind und eine grosse Belesenheit verrathen, so sind sie doch voller beissender Ironie und massloser Beschuldigungen gegen die Gerichte und die höchsten Behörden in Preussen. Selbst der Reichskanzler und der Generalpostmeister werden darin persönlich angegriffen, nur hütete L. sich die geheiligte Person des Kaisers anzutasten. Endlich erreicht er seinen Zweck wieder in Anklagezustand versetzt zu werden, hoffend dass nunmehr eine Läuterung seiner Angelegenheiten vorgenommen und er zu seinem vermeintlichen Rechte gelangen werde. Statt dessen wird seine gesunde Geistesbeschaffenheit angezweifelt und gelangt zur gerichtsärztlichen Untersuchung. Mit dieser Untersuchung beauftragt, habe ich folgendes Gutachten abgegeben, welches fast wörtlich also lautet:

Gutachten, die geistige Beschaffenheit des Redacteurs W. F. L. zu H. betreffend.

I. Geschichtliches über die Untersuchung und Beleidigung des Angeklagten.

In Untersuchungssachen wieder den Zeitungsredacteur L. zu H. wegen Beleidigung bin ich durch Zuschrift v. 26. April von der Strafkammer des K. Obergerichts zu L. beauftragt, den Angeklagten zu beobachten und zu untersuchen, um ein Gutachten darüber abzugeben:

„Ob der Angeklagte zur Zeit der fraglichen Handlungen sich „in einem Zustande der Bewusstlosigkeit, oder krankhafter „Störung der Geistesthätigkeit befunden hat, durch welche

„seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, und
„ob er gegenwärtig in einem zurechnungsfähigen, oder unzu-
„rechnungsfähigen Zustande sich befindet?

Zu diesem Zwecke sind mir die Untersuchungsacten, 6 grosse Fascikel, nebst sämmtlichen Hülfsachen zugestellt worden.

Nach Durchsicht derselben und Prüfung derjenigen Schriftstücke, welche geeignet sind, über die geistige Beschaffenheit des Angeklagten Aufklärung zu geben, habe ich diesem brieflich anheimgestellt, ob er sich behufs der Untersuchung bei mir einfinden wolle, oder ob er es vorziehe, mich in seiner Wohnung zu empfangen. Ich erhielt darauf einen Brief, in welchem er mir zwar versprach zu mir zu kommen, sich jedoch höchst indignirt darüber äusserte, dass man seine Zurechnungsfähigkeit in Zweifel ziehe, vielleicht auch beabsichtige, ihm seinen Verstand absprechen zu lassen, um ihn alsdann für geistig todt zu erklären. Er stellte sich am 5. Mai zum ersten Male bei mir ein. Bislang war der Angeklagte mir völlig unbekannt, er machte auf mich den Eindruck eines körperlich und geistig gesunden Mannes. Auf Befragen erfuhr ich über seine Personal- und Familien-Verhältnisse Folgendes:

W. F. L. ist am 24. Mai 1827 zu W. in Ostfriesland geboren, reformirt, seit 15 Jahren verheirathet und Vater von 7 Kindern, von denen bereits 3 gestorben sind, jetzt wohnhaft zu H.

Sein Vater ist 80 Jahre alt, an Alterschwäche gestorben, seine Mutter lebt noch, 78 Jahre alt, noch rüstig und geistig lebendig. Es ist in der Familie weder erbliche Anlage zu Geistes- noch zu anderen Krankheiten vorhanden. In körperlicher Beziehung ist zu bemerken, dass L. von untersetzter, mittlerer Statur und von gesunder Gesichtsfarbe ist. Eine deutlich wahrnehmbare runde Narbe unter dem rechten Auge verdankt er einer Schusswunde, welche er im Kriege gegen Dänemark den 5. Juni 1848 bei Nübel im Sundewilt erhalten hat. Die Kugel ist in schräger Richtung in den Oberkiefer eingedrungen, hat dort zwei Backenzähne ausgeschlagen, und hat, nachdem sie die Zunge perforirt, durch den Boden der Mundhöhle an der linken Seite des Halses ihren Ausgang genommen, wofür eine auch dort vorhandene runde Narbe zeugt. Es hat der Schuss eine Gehirnerschütterung veranlasst, daher der Verletzte die ersten 3 Tage besinnungslos gewesen, sodass er sich auch gegenwärtig nicht erinnern kann, was in jenen Tagen geschehen ist. Er ist der Ansicht, dass diese Verwundung keinen bleibenden Nachtheil für ihn gehabt habe. Früher will er niemals ernstlich krank gewesen sein, nur hat er vor Jahren an einem Magenübel gelitten, welches, nachdem er das Biertrinken gelassen, sich vollständig gehoben hat. Gegenwärtig befindet er sich körperlich ganz wohl.

In geistiger Beziehung ist zu erwähnen, dass der Angeklagte bemerkt hat, wie sein reizbares Temperamet nach seiner Verwundung an Reizbarkeit zugenommen. Er besitzt einen klaren Verstand und ein ausgezeichnetes Gedächtniss. Er bekennt sich zur reformirten Confession, ohne Atheist zu sein huldigt er der freien religiösen Richtung. Obwohl er wegen Beleidigung öfters bestraft worden, hat er sich sonst keinen unmoralischen Lebenswandel zu Schul-

den kommen lassen, namentlich ist er kein Trinker gewesen. Mit seiner Mutter und seiner Frau hat er stets in gutem Einvernehmen gelebt und sich als ein liebevoller Sohn und Vater bewährt. Seit langer Zeit ist seine Gemüthsstimmung meistens eine deprimirte, selten eine fröhliche, dennoch versichert er, nicht mürrisch und krittlich zu sein, nur kann er selbst in belebter Gesellschaft keine ganz fröhliche Laune bekommen. Schlechte finanzielle Verhältnisse giebt er als Ursache an.

Bis zu seinem 19. Jahre hat er die Elementarschule zu Ehens besucht und durch Privatunterricht und Selbststudium es so weit gebracht, dass er richtig Deutsch und Holländisch sprechen und schreiben gelernt, Englisch und Französisch verstehen kann, und die lateinischen, juristischen Ausdrücke ihm nicht unverständlich geblieben sind.

Seine Eltern hegten den Wunsch, dass er Theologe werden möge, er hegte jedoch Vorliebe für die Jurisprudenz, da er indessen wegen Kostspieligkeit dieses Studiums die Einwilligung seiner Eltern nicht erhalten konnte, so entschied er sich für die miltairische Carriere. Im Januar 1848 trat er in Hannover als Unterofficier beim 2. Bataillon des 2. Hannov. Infanterieregiments ein, marschirte mit demselben im April desselben Jahres nach Schleswig-Holstein, wo er die oben erwähnte Schusswunde am 5. Juni erhielt. Nach seiner bereits am 6. August erfolgten Wiederherstellung trat er wieder in Dienst.

Da zu befürchten stand, dass wegen der Verletzung der Zunge eine undeutliche Aussprache zurück bleiben werde, musste er im November 1851 seinen Abschied nehmen und wurde ihm eine Pension von 126 Thalern zugesichert, welche er auch jetzt noch bezieht.

Um sich zum Stastsdienste vorzubereiten wurde er Schreiber bei verschiedenen Advocaten Ostfrieslands. Im Jahre 1858 wurde er als Actuar-Gehülfe beim Amtsgerichte zu A. angestellt, welches Amt er alsdann bei verschiedenen Amtsgerichten bekleidete. Ihm genügte jedoch diese Stellung nicht, er quittirte den Staatsdienst und wurde Mandatar, (in Ostfriesland Rechnungssteller genannt). Dieses Geschäft wurde ihm durch die Advocaten und durch einen Conflict mit dem Amtsrichter W. zu E. verleidet. Er etablirte sich 1858 als Weinhändler und Destillateur in E., zugleich errichtete er an anderen Orten Ostfrieslands z. B. in E. Filialen seiner Weinhandlung. In letzterer Stadt gerieth er mit dem Magistrate in Conflict. Wegen einer dem Bürgermeister W. zugefügten Beleidigung zu einer viermonatlichen Gefängnissstrafe verurtheilt, floh er nach Holland, Frau und Kinder zurücklassend. Dieses geschah am 1. November 1869. Steckbrieflich verfolgt, blieb er dort als Mitarbeiter verschiedener deutscher und holländischer Zeitungen beschäftigt.

Als Ende Juli 1870 der Krieg gegen Frankreich ausbrach, kehrte er in Folge der erlassenen Amnestie nach Deutschland zurück, mit dem Plane eine grössere politische Zeitung mit einer eigenen Druckerei in E. zu gründen.

Zuvor erbaute er jedoch 1872 und 1873 daselbst das Hôtel Germania. Weil er indessen sehr bald die Lust zum Betriebe der Gastwirthschaft verlor, so verpachtete er die Restaurationslokale des Hôtels, zog in die obere Etage, gründete dort später eine Drucke-

rei und wurde Redacteur der von ihm gestifteten Nordseezeitung. Buchdruckerei und Zeitungsgeschäft liess er bereits am 1. Dec. 1874 wieder eingehen, weil er mit denselben kein Glück machte, nachdem er bereits sein und einen grossen Theil des Vermögens seiner Frau, namentlich auch 20,000 Thaler, welche diese von einem reichen Bruder aus Afrika geschenkt bekommen, dabei zugesetzt hatte.

Im Jahre 1875 verlegte er seinen Wohnsitz von F. nach A., woselbst seine Mutter durch seine Vermittelung die Druckerei einer Zeitung gekauft hatte und wurde Redacteur dieser Zeitung. Auch mit diesem Unternehmen hatte er kein Glück, denn schon in demselben Jahre musste das Blatt zu erscheinen aufhören und, nachdem er selbst Concurs gemacht, die seiner Mutter gehörige Druckerei verkauft werden, weil auch deren Vermögen zugesetzt worden.

Jetzt fasste er den Entschluss, nach Africa auszuwandern und sich zu dem reichen Bruder seiner Frau in Pilgrim Rast, welches in einer holländischen Colonie liegt, zu begeben. Durch Ausbruch des Kafferokrieges, an dem der Schwager betheiligt war, daran behindert, zog er nach H., woselbst er ein Annocenbüreau errichtete und nun als Mitarbeiter an dem daselbst erscheinenden Generalanzeiger sein Leben dürftig fristet. Mutter und Schwester sind ihm dahin gefolgt. Gänzlich verarmt, dem Hunger preisgegeben lebt nun dort die ganze Familie. Was L. am empfindlichsten zu berühren scheint, ist die traurige Nothwendigkeit, dass seine Kinder den bessern Schulbesuch aufgeben müssen, weil er das Schulgeld nicht erschwingen kann.

Am 7. dieses Monats brachte mir der Angeklagte eine auf meinen Wunsch von ihm verfasste Schilderung seiner Erlebnisse seit dem Jahre 1865, welche ich mir von ihm vorlesen liess.

Er versteht es, die Geschichte der gegen ihn eingeleiteten Untersuchungen darin so darzustellen, dass man wirklich glauben sollte er sei allein ein Opfer des ihm angeblich verweigerten Rechtsschutzes geworden.

Ich habe den Angeklagten 4 mal in meinem Hause untersucht und mich jedesmal auf die Dauer von zwei Stunden, zuweilen auch noch länger, mit ihm beschäftigt, auch habe ich nicht unterlassen seine Frau und seine Schwester über ihn zu befragen.

Im gleichen habe ich den Papierhändler M. besucht und von demselben Mittheilungen über L. erbeten, da Letztere als Mitarbeiter des unter M's Verantwortlichkeit erscheinenden Generalanzeigers beschäftigt ist. Nicht minder habe ich vom Polizeidirectior Sch. über den Angeklagten Erkundigungen eingezogen, weil dieser mit demselben öfters in Berührung gekommen.

Bei dem ersten Besusche legte ich dem Angeklagten unter Anderem die Frage vor, weshalb er sich so leicht zu einer beleidigenden Schreibweise verleiten lasse? worauf er erwiderte:

„Wenn ich mein Recht suche, so begründe ich solches mit „Thatsachen und liefere hierfür die Beweise; wenn man mir als„dann die bewiesenen Thatsachen als Phantasiebilder hinstellen „will, so gelange ich zu der Ueberzeugung, dass man willkürlich „mit mir verfährt.

„Nur von dieser Ueberzeugung geleitet, ergriff ich die Feder „und verfolge mein Recht in durchaus nicht beleidigen sollender „Weise, sondern nur in unverblümten Sätzen.

„Thue ich solches in öffentlichen Blättern, so geschieht es nur, „um mich vor der öffentlichen Meinung zu rechtfertigen. Immer „schreibe ich aber mit klarem Bewusstsein, mich im Innersten mei-„nes Herzens gekränkt fühlend wegen der mir widerfahrenen Ver-„weigerung des Rechtsschutzes. Würde man mir z. B. in der ob-„schwebenden Sache jemals ein Urtheil zugestellt haben, welches „auf Wahrheit basirt und mit zutreffenden Gründen belegt wor-„den, so würde ich mich gefügt, oder Rechtsmittel dagegen gebraucht „haben, ohne durch Zeitungsartikel die öffentliche Meinung in An-„spruch zu nehmen".

Am 12ten d. M. sprach ich ihm in missbilligender Weise meine Ansicht über seine Zeitungs - Artikel aus, mit dem Zusatze, dass mir selten etwas Aehnliches zu Gesicht gekommen. Ja! antwortete er darauf: „Solche Artikel werden desshalb nur selten in „solcher Weise geschrieben, weil, wenn auch anderswo ähnliche Jus-„tizverweigerungen geschähen, doch nur wenige den Muth und die „Geschicklichkeit besässen, sich ohne Rückhalt darüber zu äussern". Als ich ihn alsdann befragte, warum er sich nicht lieber an einen geschickten Rechtsanwalt wende? äusserte er:

„Er könne seine Sache selbst darlegen, ohne fremde Hülfe in Anspruch zu nehmen. Es gäbe auch nur wenige Advocaten, welche Lust und Muth hätten, gegen die Staatsbehörden aufzutreten, deshalb sei er schon auf seine eigene Kraft angewiesen.

Ferner machte ich ihn darauf aufmerksam, dass ihm zwar nach § 186 des St.-G.-B. der Beweis der Wahrheit freistehe, dass jedoch dieser Beweis der Wahrheit der behaupteten und verbreiteten Thatsachen die Bestrafung nach § 192 nicht ausschliesse, wenn aus der Form der Behauptung oder Verbreitung eine Beleidigung hervorgehe. Er wollte sich jedoch nicht überzeugen lassen, dass seine Schreibweise in solcher Form geschähe, daher auch nicht, wenn er, wie er hoffe, den Beweis der Wahrheit geführt, der § 192 auf ihn angewandt werden könne, es sei jetzt Zeit die Glacehandschuhe auszuziehen.—

Aus seinen Worten geht deutlich hervor, dass er fest überzeugt ist, in A. existire ein Complott (Sippe), an deren Spitze die Gerichtsanwälte W. u. S. nebst dem Staatsanwalt stünden, welches Complott es darauf abgesehen habe, ihn total zu vernichten und dass er glaubt, alle hohen Behörden in Berlin, an die er sich beschwerend gewandt, seien darauf bedacht, seine Angelegenheit todt zu schweigen, um aus der Verlegenheit heraus zu kommen, ihm den verlangten Schadenersatz leisten zu müssen.

Am 8. d. M. besuchte ich die Ehefrau des Angeklagten und dessen Schwester, welche Letztere sich auf meinen Wunsch von ihrer Wohnung nach der des L. bemüht hatte. Die Ehefrau L., 40 Jahre alt, machte auf mich den Eindruck einer höchst exaltirten Frau, welche durch die Schläge des Schicksals in Aufregung und Verzweiflung gesetzt worden. Sie bestätigt, dass sie in ihrer 15 jährigen Ehe mit ihrem Manne stets in gutem Einvernehmen gelebt, sie schil-

dert denselben als einen gutmüthigen Menschen, der stets einen moralisch guten und nüchternen Lebenswandel geführt habe. Dabei hat sie eine sehr hohe Meinung von seinen Fähigkeiten. Sie hegt die feste Ueberzeugung, dass ihr Mann seit einigen Jahren stets mit Ueberlegung schreibe und nichts Bedeutendes veröffentliche, was er nicht einige Tage fertig habe liegen lassen und mehrmals wieder durschgesehen, räumt jedoch ein, dass er in früheren Jahren unbedacht geschrieben und Sachen veröffentlicht habe, welche er bei reiflicher Ueberlegung wohl zurück behalten hätte. Im Uebrigen billigte sie die Handlungsweise ihres Mannes ganz und gar und war mit jedem Schritt, den er gethan, völlig einverstanden, sodass anzunehmen ist, sie habe ihn eher in seiner Handlungsweise unterstützt und ihm zur Seite gestanden, als ihn davon zurück gehalten. Nur im vorigen Winter, als ihr Mann in Verzweiflung gerathen sei und Selbstmordgedanken gehegt, will sie ihn zurückgehalten, getröstet und auf die Hülfe ihres reichen Bruders verwiesen haben, welcher ja schon einmal durch ein Geschenk von 20,000 Thlr. geholfen habe. Jetzt aber, sprach sie, sei Alles aus, nachdem der Bruder wahrscheinlich todt sei, weil sie seit Juni v. J. keine Nachricht von ihm bekommen hätte.

Als ich ihr nicht vorenthalten konnte, dass nach meinem Dafürhalten, falls es sich bestätigen sollte, dass ihr Mann mit freier Willensbestimmung gehandelt, derselbe zu einer längeren Gefängnissstrafe verurtheilt werden könne, rief sie im heftigsten Affecte aus: "Bevor die Strafe an ihm vollstreckt wird, werden wir beide „vor einem höheren Richter stehen, lieber sterben, als erdulden, dass „meinem Manne der Verstand abgesprochen wird".—

Nach dieser angreifenden Scene hielt ich es für nothwendig, die Unterredung abzubrechen. Ich wandte mich alsdann an Fräulein L, die Schwester des Angeklagten, 38 Jahre alt. Sie schloss sich den Aussagen ihrer Schwägerin über L's. Character an und war der Ansicht, dass ihr Bruder im Vollgenusse seiner Geisteskräfte sich befinde. Auf die Frage, ob auch sie bemerkt habe, dass durch die Schusswunde, welche derselbe im Jahre 1848 erhalten sein reizbares Temperament an Reizbarkeit zugenommen?, gab sie zur Antwort, dass sie damals zu jung gewesen, um solches beurtheilen zu können, übrigens habe sie von einer nachtheiligen Einwirkung der Schusswunde auf sein Gemüth nie etwas vernommen.

Am 10. d. M. besuchte ich den Papierhändler M, welcher oft Gelegenheit hat den Angeklagten zu beobachten, weil dieser, wie oben bemerkt Mitarbeiter an dem von M. redigirten Generalanzeigers ist und dessen Correctur besorgt. Derselbe bestätigt, dass L eine sehr hohe Meinung von sich habe und leicht zu beleidigen sei. Aus diesem Grunde sei er auch schon mit ihm in Conflict gerathen und würde er ihn schon längst entlassen haben, wenn er ihn nicht aus Mitleiden behalten hätte. Dennoch sei er schon auf dem Punkte gewesen, ihn fortzuschicken, wenn er sich nicht noch zur rechten Zeit gefügt hätte. Er hielt ihn jedoch für zurechnungsfähig.

Auch der Syndicus Sch. welcher den L. kennt, hält ihn für geistig gesund, nur, wie er sich ausdrückte, für einen wegen seiner Schreibweise leicht gefährlichen Menschen.

Wie aus den Acten hervorgeht, ist L. wegen Beleidigung häufig in Untersuchung gerathen, einige Male bestraft, mehrmals freigesprochen, ein Mal auch amnestirt worden.

Er hat seine Sachen stets selbst geführt und sich dabei durch seine beleidigende Schreibweise nur Schaden bereitet.

II. Motivirtes Gutachten.

Da Zweifel darüber entstanden sind, ob der Angeklagte sich in einem zurechnungsfähigen Zustande befinde, resp. zur Zeit der That befunden habe, und ob derselbe namentlich nicht an dem sogenannten Querulantenwahn leide, so halte ich es für nothwendig, zuvor den Begriff dieser Species von Geistesstörung festzustellen.

Zu diesem Zwecke erlaube ich mir die Schilderung eines wahnsinnigen Querulanten, welche Casper im 1ten Theile der 5ten Auflage seines Handbuchs der gerichtlichen Medicin, bearbeitet von Limann, Seite 637 und 638 in so ausgezeichneter Weise geliefert hat, hier wieder zu geben:

Eine Klasse von Verrückten mit systematischen Wahnvorstellungen, welche kaum weniger vorkommt, als die, welche sich von aller Welt gepeinigt wähnen und eine Varietät des Verfolgungswahns genannt werden könnte, sind die wahnsinnigen Rechthaber, verrückten Processkrämer und Querulanten.

Es entwickelt sich der Querulantenwahn, wie der Verfolgungswahn und es ist zur Zeit der Systematisirung der Wahnvorstellungen gewiss häufig ein Zufall und durch äusere Umstände bedingt, dass die Kranken zu queruliren beginnen, weil sie in ihrer vorhandenen *Intelligenzschwäche* nicht einzusehen vermögen, dass mit dem richterlichen Spruch in höchster Instanz die Angelegenheit ein Ende hat.

In anderen Fällen entwickelt sich das Queruliren geradezu aus dem Verfolgungswahn.

Sinnestäuschungen und darauf gegründete Delirien, welche die Speisen vergiftet sein lassen, welche ihnen zeigen, dass die Menschen die Zunge vor ihnen ausstrecken, dass die Vorübergehenden sie verhöhnen u. s. w. bringen auch bald die Polizei und Complotte gegen sie zu Wege.

Ihre alsdann nicht erhörten Denunciationen, ihre Entschädigungsklagen, mit denen sie abgewiesen werden, oder die sie verlieren, bringen neue Eingaben, schliesslich Beleidigungen u. s. w. hervor, Hier entsteht also das Queruliren secundär aus voraufgegangenen Sinnestäuschungen und Delirien.

In anderen, weniger zahlreichen Fällen mag noch die folgende Genese Platz greifen:

Das Rechtsbewusstsein ist eine der tiefwurzelnden Empfindungen im Menschen. Das Bewusstsein des Individuums, dass ihm sein Recht gesichert sein und bleiben müsse, fesselt dasselbe an den Staat, der der Beschützer des Rechts Aller ist, wie eben dieses Rechtsbewusstsein, wenn es in den Massen erschüttert ist, den Staat auflöst.

Aus eben diesem Grunde empfindet der Mensch eine wirkliche oder vermeintliche Kränkung seines Rechts so tief.

Ganz besonders ist dieses der Fall bei dem Menschen von beschränktem Verstande und bei dem, der gerade entgegengesetzt eine höhere Begabung besitzt, oder sie zu besitzen in Eitelkeit vermeint; bei jenem, weil er die Gründe, welche eine Erschütterung seines Rechtsbewusstseins bedingten, nicht zu durchschauen vermag, bei diesem, weil er sich in seiner Selbstsucht von vorn herein Rechte angemasst hat, welche die Gesellschaft und das Gesetz als solche nicht anerkennen können, und die das Organ derselben, der Richter ihm dessbalb absprechen muss. *Deshalb findet man solche gewöhnlich bei schon zu Psychosen disponirten Individuen, die, wenn ihnen consequent und durch wiederholte richterliche Erkenntnisse das, was sie für das ihnen zukommende Recht halten, versagt wird, dadurch dauernd und immer mehr und mehr in ihrem tiefsten Inneren erschüttert und niedergedrückt werden.*

In ihrem, immer stürmischer werdenden Drange, ihr vermeintliches Recht zu erstreiten, vergeuten sie ihr Vermögen, bestürmen sie die Rechts-Instanzen, bis zu den allerhöchsten, mit immer neuen Eingaben und Beschwerden, studiren Tag und Nacht die Landesgesetze und zerütten sich in ihrem äusseren und inneren Leben immer mehr und mehr. *Sehr natürlich ist es hierbei und eben auch durch die Erfahrung nachgewiesen, dass solche Menschen endlich nach jahrelangem vergeblichem Processiren und Queruliren wirklich eine Einbusse an ihren Verstandeskräften erleiden,* dass der Gedanke, dass *sie* Recht und die ganze Welt ihnen gegenüber Unrecht habe, endlich bei ihnen sich anfänglich zum fixen Wahn gestaltet, der dann gar nicht selten, nach oft jahrelanger Dauer, sich zum allgemeinen Wahnsinn steigert.

Dann schleudern sie wahnsinnerfüllte Schriftstücke mit den gemeinsten Beleidigungen an die bestochenen und mit ihren Gegnern unter einer Decke spielenden Gerichtsbehörden, sie setzen gerichtlichen Massregeln, einer Execution, einer Verhaftung u. s. w. offene Widersetzlichkeit entgegen und dergleichen, — und, wenn nicht schon früher, so kömmt jetzt ihr Gemüthszustand zur gerichtsärztlichen Untersuchung.

Betrachtet man dieses von Casper entworfene Bild, so gewinnt es den Anschein, als ob es das des Angeklagten sei und als ob er zu demselben gleichsam Modell gestanden. Aus dem bisher Gesagten geht nämlich hervor, dass derselbe in so fern zu Geistesstörungen disponirt erscheint, als er ein reizbares Temperament besitzt und es nicht über allen Zweifel erhaben zu sein scheint, ob nicht die Schusswunde, welche eine Gehirnerschütterung zu Wege gebracht, den Keim zu einer Geistesalienation hinterlassen habe. Ferner ersieht man aus seiner Lebensbeschreibung, dass er sehr häufig seinen Beruf gewechselt hat und lässt dieser häufige Wechsel allerdings auf ein unstätes Wesen und einen wankelmüthigen Character schliesen.

Er war hinter einander:

1) Soldat, 2) Schreiber, 3) Actuar, 4) Mandatar oder Rechnungssteller 5) Wein- und Spirituosenhändler 6) Gastwirth 7) Zeitungsredacteur und Buchdrucker 8) Annoncen-Annehmer und Mitarbeiter

eines Anzeigers. Mehrfach ist er mit den Verwaltungs- und Gerichtsbehörden in Conflict gerathen. Wegen Beleidigung und wissentlich falscher Anschuldigungen ist er öfters in Anklagezustand versetzt und in Folge der eingeleiteten Untersuchungen bald freigesprochen, bald verurtheilt. Es liegen 6 Fascikel Untersuchungsacten vor. Aus denselben ersieht man, dass er ein Querulant erster Grösse ist; überall bemerkt man eine enorme Eitelkeit und eine Ueberschätzung seiner Fähigkeiten, welche man leicht für Spuren von Grössenwahn halten kann. Er selbst hält sich für einen ausgezeichneten Advocaten, daher er seine Sachen auch stets ohne Rechtsbeistand führt. Er ist sehr schreibselig und hält sich für einen ausgezeichneten Zeitungsredacteur, auch mangelt es, wie wir weiter unten sehen werden, nicht an Ideen, welche leicht auf Verfolgungswahn schliessen lassen. Der Intelligenzschwäche kann man ihn freilich nicht beschuldigen, eben so wenig sind Sinnestäuschungen und Delirien nachzuweisen. Er ist vielmehr ein mit guten Verstandeskräften begabtes Individuum

Die Gründe, welche in ihm eine Erschütterung seines Rechtsbewustseins hervorgerufen haben, vermag er sehr gut zu durchschauen, nur kann er nicht einsehen, dass mit dem Richterspruch der höchsten Behörden jede Sache ein Ende hat.

Er empfindet die in manchen Fällen wirklich stattgefundene, in manchen Fällen nur vermeintliche Kränkung seines Rechts aufs Tiefste. Nach und nach ist er durch die richterlichen Erkenntnisse, welche ihm sein wirkliches oder vermeintliches Recht consequent verweigern, oder vorenthalten in seinem Innern tief erschüttert, oft zeigte sich solches in einer erregten, in letzterer Zeit in einer stets deprimirten Gemüthsstimmung. Unterhalten wird er in dieser Stimmung durch das Elend, in welches er gerathen.

In seinem stürmischen Drange sein Recht zu erstreiten ist sein Vermögen darauf gegangen, und nicht allein sein eigenes, sondern auch das seiner Mutter und seiner Frau, nachdem er schon einen grossen Theil durch seinen grossartigen Bau des Hôtels eingebüsst hatte.

Jetzt erwacht in ihm der Trieb der Selbsterhaltung im höchsten Grade. Er versucht es vom Rechtsanwalt S., der ihn seiner Ansicht nach so schändlich betrogen, unter Drohungen das Rückgängigmachen des Verkaufs der Druckerei zu erreichen. Durch Vergleich wird ihm auch ein Viertel des Kaufpreises erlassen. In dieser Nachgiebigkeit erblickt er den Beweis, dass er betrogen sei und beschuldigt nun den Rechtsanwalt S. der wissentlich falschen Angaben beim Verkaufe. Mit dieser Beschuldigung wird er abgewiesen, und obwohl S. sich beruhigt und nicht auf Verfolgung des L. dringt, wird gegen denselben vom Staatsanwalte zu A. die Anklage wegen wissentlich falscher Beschuldigungen erhoben. Durch Erkenntniss des Appellationsgerichts zu K. wird er jedoch freigesprochen. Jetzt kommt das Complott gegen ihn zu Stande, es bemächtigt sich seiner die Idee, dass man ihn durchaus zu Grunde richten wolle. Endlich gelingt es seinen Gegnern ihn banquerott zu machen. Sein Concurscurator wird unglücklicher Weise der Rechts-

anwalt W., dieser sowohl als S. und der Staatsanwalt, ja sämmtliche Richter spielen seiner Ansicht nach unter einer Decke. Auch die Postbeamten, welche das Briefgeheimniss verletzt haben, machen mit diesen gemeinschaftliche Sache. Er kommt zu der Ueberzeugung dass es nirgends schlechtere Juristen giebt, als in der Provinz, in der er wohnt. Vor allen Dingen wollen seine Gegner bewirken, dass seine Zeitung zu erscheinen aufhört und dass der Angeklagte A. verlassen muss. Dazu ist es erforderlich, ihm seinen engagirten Mitarbeiter B. zu St. abspänstig zu machen. Auch dieses gelingt seinen Gegnern durch Auffangen eines von demselben geschriebenen recommandirten Briefes. B. wird von W. und S. am Bahnhofe empfangen und vermocht, sofort wieder abzureisen. Die Druckerei wird in Folge seines Banquerotts geschlossen, obwohl sie seiner Mutter gehört, desgleichen wird auf W's Antrag das Mobiliar seiner Mutter mit Beschlag gelegt, seiner Ansicht nach aus der böswilligsten Absicht, denn W. wusste recht gut, dass die Druckerei und das Mobiliar nicht ihm gehörten. Er kommt wegen Beleidigung des Advocaten W. in Untersuchung und wird zu einer 14tägigen Gefängnissstrafe verurtheilt. In das grösste Elend versunken verlässt er A., um vor den schlechten Juristen Ruhe zu haben.

Er sinnt auf Mittel und Wege, wieder eine Stellung zu bekommen. Dazu braucht er Geld. Da er seiner Ansicht nach jetzt ein reicher Mann geworden sein müsste, wenn der Contract mit B. zu Stande gekommen wäre, erhebt er eine Entschädigungsklage gegen die Postverwaltung wegen der Unterdrückung seiner Briefe und Verletzung des Briefgeheimnisses.

Bei der Oberpostdirection abgewiesen, desgleichen beim Generalpostdirector St., den er wiederholt bestürmt, wird er klagbar. Seine Klagen werden überall, selbst beim Obertribunal, welches sich incompetent erklärt, zurückgewiesen. Auch der Justizminister erklärt sich für incompetent. Er wendet sich in seiner Noth an den Reichstag. Dort wird seine Sache seiner Ansicht nach unrecht vorgebracht und dadurch zurückgewiesen. Er wendet sich an den Reichskanzler, aber selbst dieser erklärt sich für incompetent.

Es bleibt ihm nur noch übrig, in seiner Verzweiflung den Kaiser anzurufen.— Er thut es; dieser giebt sein Gesuch zur Prüfung an den Justizminister ab, dessen Incompetenz wieder erklärt wird.—

Nun lässt er seine Frau beim Kaiser petitioniren. Er will seine grossen Ansprüche aufgeben, wenn man ihm einen kleinen Staatsdienst verleiht. Diesem Gesuche wird nicht nachgegeben.

Nachdem nun Alles nichts geholfen, schleudert er die abscheulichsten Beleidigungen in die Welt, selbst gegen die höchsten Behörden. Er ruft durch Zeitungsartikel die öffentliche Meinung in die Schranken, nicht ahnend, dass er hierdurch das Gegentheil von dem erreicht, was er zu erreichen strebt. Nur das erreicht er, dass er wieder in Anklagezustand versetzt wird und kommt nun zur gerichtsärztlichen Untersuchung. Betrachtet man dieses Treiben des Angeklagten, so wird man unwillkürlich zu dem Ausspruch veranlasst, „Ja der Mann muss ein wahnsinniger Querulant sein!“.—

Je mehr nun die obige Schilderung den Schein der Wahrheit

für sich hat, um so mehr halte ich es für meine Pflicht, genau zu untersuchen, ob sich die Wahrheit derselben auch bestätigt.

Zu dem Ende will ich jetzt die Möglichkeit darthun, dass der Angeklagte trotzdem zurechnungsfähig ist, und dass, auf die Acten gestützt, eine ganz andere Auffassung stattfinden kann.

Ich erlaube mir daher folgendes endgültiges Gutachten entgegen zu stellen:

Der Angeklagte L. machte bei seinem ersten Erscheinen den Eindruck eines geistig und körperlich gesunden Menschen. Eine gleiche Bemerkung hat der Polizeirichter des Königlichen Amtsgerichts zu H., Gerichtsassessor R. dem Protocolle vom 19ten Februar d. J. hinzugefügt, indem er sagt, dass nach seiner Ueberzeugung L. im ungstörten Besitz seiner Geisteskräfte ist. Solches bestätigen auch die Frau und die Schwester des Angeklagten, desgleichen der Polizeidirector Sch. und der Papierhändler M. Weder aus den Acten geht hervor, dass derselbe an Sinnestäuschungen und darauf gegründeten Delirien leide, noch habe ich bei meinen wiederholten Untersuchungen solches bemerkt.

Er hat durchaus keinen heschränkten Verstand und ein ausgezeichnetes Gedächtniss. Wenn er auch die Eitelkeit besitzt zu vermeinen, dass er höher begabt sei, als Andere, so ist ihm doch das Talent die Feder zu führen und seinen Gedanken logisch richtig und mit grosser Klarheit sowohl schriftlich, als mündlich Ausdruck zu verleihen, nicht abzusprechen. Wollte man indessen Jeden, der seine Leistungen überschätzt als an Grössenwahn leidend betrachten, so würde man namentlich auf dem Felde der Schriftstellerei und der Beredsamkeit, nur Wenige finden, die von dieser Geistesalienation freizusprechen wären. Seine stets in den Schranken des Anstandes bleibende Redeweise bildet einen grossen Contrast zu seiner masslosen Schreibweise.

Für die Annahme, dass L. sehr wankelmüthig sei, spricht allerdings der häufige Wechsel seines Berufs.

Bei Durchsicht der Acten wird man gewahr, dass er ein äusserst reizbares Temperament besitzt, und sich daher leicht zu Gesetzwidrigkeiten verleiten lässt.

Ein zu Psychosen disponirtes Individuum ist er aber nicht. Von gesunden Eltern geboren, die beide ein hohes Alter erreicht haben, hat er weder durch Erblichkeit, noch durch somatische Störungen Anlage zu Geistesalienationen erhalten. Die im Felde erhaltene Schusswunde hat freilich nach seiner eigenen Beobachtung die Reizbarkeit seines Temperaments erhöht, doch hat sich in den nunmehr verflossenen 30 Jahren nach der Verwundung kein anderer in die Augen fallender, bleibender Nachtheil für ihn herausgestellt.

Er vermag sehr gut die Gründe zu durchschauen, welche eine Erschütterung seines Rechtsbewusstseins bedingen.

Um so tiefer empfindet er die nicht weg zu leugnende anscheinend stattgefundene Kränkung seines Rechtes. Auf dieser Kränkung beruht sein ganzes Thun und Treiben.

Es ist freilich nicht Sache des Gerichtsarztes, sondern Sache des Richters zu bestimmen, ob das von ihm geforderte Recht ein

begründetes, oder ein vermeintliches sei: Es könnte auch leicht den Anschein gewinnen (bei näherer Erörterung dieses Punktes) als ob ich gleichsam als Vertheidiger des Angeklagten auftreten wolle, nur mit dem Unterschiede, dass dieser meistens die Momente hervorsucht, welche die Unzurechnungsfähigkeit seines Clienten bedingen, während ich, im Gegentheil, obwohl der Angeklagte scheinbar sich als wahnsinniger Querulant gerirt hat, darzuthun mich veranlasst finde, dass seine Ansprüche nicht auf Sinnestäuschungen und Phantasiegebilden, sondern auf wirklich stattgehabten Thatsachen beruhen. Aus den Acten habe ich die feste Ueberzeugung gewonnen, dass L. viel Unrecht habe erdulden müssen, freilich meistens durch eigne Schuld, eines Theils durch seine Glaubselichkeit beim Ankaufe der Druckerei, indem er den dabei Betheiligten zu sehr getraut hat, anderen Theils durch seine Eitelkeit, welche ihn bestimmt hat, seine Sachen ohne juristischen Beistand zu führen. Immerhin ist aber nicht wegzuleugnen, dass er bei dem Ankaufe der Druckerei übervortheilt ist, und dass auch von anderer Seite nicht immer sine ira et studio gegen ihn verfahren ist. Die Unterdrückung seiner Briefe und die Verletzung des Briefgeheimnisses ist sogar von dem Appellationsgerichte zu K. durch ein richterliches Erkenntniss constatirt worden. Es scheint auch nicht über allen Zweifel erhaben zu sein, ob solches aus Versehen oder aus böswilliger Absicht geschehen. Das Gewohnheitsrecht, wonach seine Briefe geöffnet sind, ist gleichfalls vom Appellationsgerichte zu K. als nicht zu Recht bestehend bezeichnet worden. Die bei Schliessung der Druckerei stattgehabte Beschlagnahme des seiner Mutter gehörigen Mobiliars, wenn sie auch wirklich durch ein Versehen des Concurscurators W. geschehen, hat gleichfalls sein Rechtsgefühl auf's Tiefste gekränkt. In das grösste Elend gerathen, hat er durch den Trieb der Selbsterhaltung bewogen, eine Schadenersatzklage gegen die Postverwaltung erhoben, anfangs ohne seine Forderung zu präcisiren. Nachdem er solche auf Verlangen festgestellt, wird er mit seinen Ansprüchen nicht gehört und überall abgewiesen.

Allerdings ist alsdann bei ihm der Drang sein Recht zu erstreiten immer heftiger geworden. Er hat die höchsten Rechtsinstanzen aufgesucht und mit immer neuen Eingaben bestürmt, ohne jedoch zu erreichen, dass seine Ansprüche, mögen sie begründet, oder unbegründet sein, geprüft worden. Ueberall ist er auf Incompetenzerklärungen und abweisende Bescheide gerathen. Der Zustand der Verzweiflung hat sich seiner bemächtigt, von dem Schürmeyer in seiner gerichtlichen Medicin, 3. Auflage Seite 409, nachdem er von dem Zustande der Verwirrung geredet, in welchem der Mensch die grösste Aehnlichkeit mit einem Irrsinnigen hat, sagt: „Hieran reiht sich der durch heftige Affecte herbeigeführte Zustand „der Verzweiflung, wo z. B. ein Mensch durch fortgesetzte Unglücks„fälle niedergebeugt, von Noth umgeben, hoffnungslos der Zukunft „entgegen blickend von deprimirenden Affecten überrascht wird, der „jedoch als solcher nicht Gegenstand gerichtsärztlicher Prüfung und „Beurtheilung sein kann." In einem solchen Zustande sehen wir den Angeklagten und hat er sich darin zu der masslosesten Schreibweise verleiten lassen.

Nach seiner eigenen Angabe will er freilich zu der Schreibweise mit Vorsatz und Ueberlegung geschritten sein, indem er dadurch zu erreichen glaubte, dass er wieder in Anklagezustand versetzt und ihm alsdann Gelegenheit gegeben würde, die Geltendmachung seiner Ansprüche zu erreichen. Ein Querulant erster Grösse mag L. nach juristischen Begriffen zu nennen sein, aber wahrlich kein Wahnsinniger!

Wenn der Angeklagte indessen demnächst an seinen Verstandeskräften Einbusse erleiden sollte, so würde man sich hierüber nicht wundern können, mindestens ist ihm der gegen mich ausgesprochene Satz zu verzeihen:

„Wer über gewisse Dinge den Verstand nicht verliert, der hat „keinen zu verlieren!" Schliesslich gebe ich nach meiner besten Ueberzeugung mein Gutachten dahin ab,

„dass der Angeklagte L. zur Zeit der fraglichen Handlungen sich „in einem Zustande von Bewusstlosigkeit und krankhafter Störung „der Geistesthätigkeit nicht befunden hat, und dass er sich gegen„wärtig in einem zurechnungsfähigen Zustande befindet, mit dem „Bemerken, dass Momente vorliegen, welche im Stande sind die „Zurechnungsfähigkeit zu beschränken."

Der Kreisphysicus E. Beckmann, Dr.

Mit diesem Gutachten glaubte die Strafkammer sich nicht begnügen zu dürfen und fordete daher den Director der provinzialständischen Irrenanstalt zu Göttingen, Herrn Professor L. Meyer zum Superarbitrium auf. Nachdem diser sich aus den Acten gehörig instruirt und vor dem zur Hauptverhandlung anberaumten Termine den Angeklagten genau untersucht, gab er sein Superarbitrium dahin lautend zu Protocoll.

„dass er sich mit meinem Gutachten einverstanden erklären „müsse, denn auch er halte den Angeklagten für geistig gesund".

Nachdem Herr Professor Meyer sich darauf des Näheren gegen die Annahme der Existenz von Monomanien überhaupt erklärt hatte, verglich er sehr treffend die dem Angeklagten innewohnende Neigung zum Queruliren und sich in beleidigender Schreibweise zu ergehen mit der unwiderstehlichen Neigung eines Wilddiebes auf fremdem Jagdgebiete zu jagen. Gleich wie ein Wilddieb die Strafe kenne und ihm die Lebensgefahr nicht fremd sei, welche ihn bedrohe, so sei auch der Angeklagte sich wohl bewusst, dass er wegen beleidigender Artikel in öffentlichen Blättern strafbar sei. In dem vorliegenden Falle habe der Angeklagte offenbar unter dem Drucke grosser Sorgen gehandelt und vielleicht geglaubt, sich im Stande der Nothwehr zu befinden.

L. wurde in Folge unseres gleichlautenden Gutachtens unter Annahme mildernder Umstände zu einer Gefängnissstrafe auf die Dauer von *drei Monaten* verurtheilt.

Coblenz Druck von Ph. Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. — März 1880. — Nro. 5.

INHALT.

I. Originalien.

I.

Zur Nosologie der Tabes dorsalis.

Von Prof. Dr. BERGER,
dirigir. Arzt des Städtischen Armenhauses in Breslau.

Da ich voraussichtlich in der nächsten Zeit nicht dazu kommen werde, eine schon längst geplante ausführliche Zusammenstellung und Verarbeitung meines Materials über Tabes dorsalis zu vollenden, so erlaube ich mir an dieser Stelle einen kurzen Hinweis auf zwei von mir beobachtete, wie ich glaube, neue Thatsachen, die für die Nosologie der ebenso wichtigen als interessanten Krankheit nicht

ohne Bedeutung erscheinen dürften. Die erste ist mir bereits seit mehreren Jahren bekannt und betrifft ein *eigenthümliches Verhalten der cutanen Sensibilität im Krankheitsverlaufe der Tabes.* Nachdem bei einer Anzahl von Tabeskranken mit bereits vollkommen ausgebildetem und vorgeschrittenem Symptomencomplex während einer längeren Beobachtungszeit durch wiederholte Sensibilitätsprüfungen eine bestimmte Abnahme des Tastsinns und des cutanen Gemeingefühls festgestellt und in seinen Einzelheiten genau registrirt worden war, fand ich bei einer nach Jahren erneuten Untersuchung derselben Kranken, *bei welchen indess das Leiden unaufhaltsam fortgeschritten war* und die schliesslich das sogenannte paraplegische Stadium erreicht hatten, zu meiner nicht geringen Verwunderung *theils vollständige Restitution* der Hautempfindlichkeit, theils sehr frappante Verminderung der Störungen einer früheren Krankheitsperiode. Bisweilen zeigte sich sogar an den vorher anästhetischen Partien eine ausgesprochene *Hyperalgesie. Bei diesen Kranken bewahrte nun die Sensibilität auch im weiteren Verlaufe ihr normales Verhalten,* in zwei von mir beobachteten Fällen bis zum Tode. Die in einem der letztern kürzlich gemachte Obduktion ergab eine hochgradige Hinterstrangsclerose.

Abgesehen von dem nosologischen Interesse der Thatsache, dass eine deutliche Verminderung der Hautsensibilität im Verlaufe der Tabes *trotz fortschreitender Krankheit* einer *vollständigen* und *dauernden Restitution fähig ist,* verdient dies Verhalten auch in Hinsicht auf die Frage von der spinalen Empfindungsleitung beim Menschen eine besondere Berücksichtigung. Ich denke an der Hand der mikroskopischen Analyse des oben erwähnten Falles (und verschiedener anderweitiger Beobachtungen) demnächst auf diese Frage genauer einzugehen. Schliesslich bemerke ich ausdrücklich, dass sich das erwähnte Verhalten nur auf die *cutane* Sensibilität bezieht, nicht aber auf die der tiefer gelegenen Theile. Grade der Umstand, dass man bei solchen Kranken normale Hautempfindung neben hochgradiger Alteration des Muskelsinns constatiren kann, illustrirt in sehr einleuchtender Weise die Selbstständigkeit des letzteren, resp. dessen Unabhängigkeit von den durch die sensiblen Hautnerven vermittelten Empfindungen. —

Die zweite hier mitzutheilende Thatsache stützt sich nur auf eine einzige Beobachtung. Vor mehreren Monaten consultirte mich ein 46jähriger höherer Eisenbahnbeamter, der den ausgesprochenen und vollzähligen Symptomencomplex der Tabes dorsalis darbot. Der Beginn des Leidens war etwa 10 Jahre zurück zu datiren, zu welcher Zeit sich die ersten, Anfangs wenig beachteten, später aber durch ihre Intensität ausgezeichneten sehr pathognostischen *blitzenden Schmerzen* eingestellt hatten, deren Paroxysmen mit hochgradiger circumscripter Hauthyperalgesie und mit localen Reflexzuckungen einhergingen und den oft Wochenlangen Gebrauch von Morphium und Chloral nothwendig machten. Vor 6 Jahren transitorische *Diplopie* und etwa seit derselben Zeit rasch zunehmende *Blasenschwäche,* die seit Jahren den häufigen Gebrauch des Katheters erforderte. Anästhesie der Harnröhre und des Anus, bisweilen Incontinentia Alvi. Seit mehreren Jahren angeblich zwar ziemlich ausreichende

Erectionen, doch keine Ejaculation (das jüngste Kind 7 Jahre alt, keine nachweisbare Läsion der Sexual-Organe); *taubes Gefühl* der Unterschenkel und Füsse, besonders *der Sohlen* und seit länger als 4 Jahren deutliche *atactische* Erscheinungen. Im letzten Jahre auffallende Abnahme der allgemeinen Ernährung. *Status*: Blassgelbes fahles Aussehen, allgemeine Abmagerung. Cutane und musculäre Anaesthesieen an den unteren Extremitäten, besonders hochgradige Analgesie der Unterschenkel; sehr starkes Schwanken bei geschlossenen Augen, beim raschen Umdrehen etc. Unmöglichkeit ohne Unterstützung auf einen Stuhl zu steigen, deutliche Ataxie bei Prüfung complicirter Einzelbewegungen, besonders bei geschlossenen Augen; das Gehen in der Stube etwas schwankend und unsicher, doch kein ausgesprochener Hahnentritt. Mässige Myosis spinalis (bei ungestörtem Sehvermögen), hochgradige Parese, oft Paralyse des Detrusor, Obstruction, seit 5 Jahren ohne nachweisbare Ursache totale *Anosmie**). *Absolutes Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe.* — Ueber die Diagnose des hier skizzirten Falles konnte dem Gesagten gemäss nicht der geringste Zweifel bestehen und die Prognose musste der langen Dauer entsprechend fast absolut ungünstig gestellt werden. Dem Kranken wurden Argent. nitricum und tägliche Halbbäder von 24—20° angeordnet. Nach mehrfachen brieflichen Berichten von auffallender Besserung aller Beschwerden hatte ich vor c. 3 Wochen Gelegenheit, den Kranken von Neuem eingehend zu untersuchen und ich war von der inzwischen eingetretenen Veränderung — sehr wesentliche Besserung fast aller einzelnen Symptome und auffallende Erkräftigung des Allgemeinzustandes — gradezu frappirt. Ein derartiges Zurückgehen der Erscheinungen bei einer seit fast einem Decennium in langsamer Entwickelung zu hohem Grade vorgeschrittenen (beiläufig *nicht* syphilitischen) Tabes gehört zu den allerseltensten Vorkommnissen. Was mir aber am meisten imponirte — *war die Rückkehr der Patellarsehnenreflexe.* Am linken Bein, an welchem auch die oben erwähnten Symptome (insbesondere die *Anästhesie*) nahezu vollständig verschwunden waren, war der Reflex so *deutlich und lebhaft*, dass er auch bei ganz schwacher Percussion durch die Bekleidung hindurch prompt ausgelöst werden konnte. Rechts schien er mir bei der anfänglichen Untersuchung noch zu fehlen; bei wiederholter Prüfung und in geeigneten Stellungen aber gelang es auch hier, die Erscheinung zwar nur ab und zu und äusserst schwach, doch deutlich hervorzurufen. Die rechte Unterextremität zeigte auch noch sehr manifeste Störungen der Sensibililität (besonders jetzt Hypalgesie mit verlangsamter Leitung und schmerzhafter prolongirter Nachempfindung — ein häufiger Befund bei Tabes) und Motilität. Die Achillessehnenreflexe fehlten noch vollständig. — Bekanntlich kann in seltenen Ausnahmefällen auch bei dem ausgesprochenen Symptomencomplex der Tabes der Patellarsehnenreflex erhalten bleiben**); immerhin

---

*) Ich habe nervöse Hyposmie 3 Mal bei Tabes beobachtet; kürzlich auch in einem (zur Obduction gelangten) Falle von multipler Sklerose, mit mehrfachen sklerotischen Herden in beiden Olfactoriis.

**) cf. Berger: Ueber Sehnenreflexe. Diese Zeitschr. 1879. Nro. 4.

aber ist das zuerst von Westphal betonte Fehlen des Phänomens eines der *wichtigsten und constantesten* Symptome der Krankheit. In dem vorliegendem Falle war durch genaue Untersuchung der *absolute Mangel der Reflexe* festgestellt worden und somit erscheint in Uebereinstimmung mit der Besserung aller subjectiven und objectiven Störungen *grade das Wiederauftreten des Patellarsehnenreflexes als ein hoch anzuschlagender objectiver Beweis für die eingetretene Besserung der spinalen anatomischen Veränderung.* Für gewisse Formen von postdiphteritischer Motilitätsstörung der unteren Extremitäten („diphteritische Ataxie") ist die kürzere oder längere Zeit nach der Wiederherstellung eintretende Rückkehr der Reflexe von Rumpf und mir festgestellt worden, für die Tabes dorsalis jedoch ist diese Thatsache meines Wissens neu, und wie ich glaube, von nicht geringem Interesse.

Breslau, den 6. Januar 1880.

II.

Qualitative Analyse der Hautsensibilität.

Vorläufige Mittheilung.

Von
Dr. med. MAX BRUCH,
(Ishewsk, Russland).

Die Lehre von der Hautsensibilität ist gegenwärtig noch stark verfahren: Die Meisten nehmen nur *einen* Hautsinn an und halten zudem Tast- und Schmerznerven für identisch (Erb, Eulenburg, Valentin, Wundt), während andere dieselben trennen und zudem noch ein halbes Dutzend oder mehr verschiedener Sinne in der Haut annehmen oder doch wenigstens Druck- und Temperatursinn trennen zu müssen glauben (Landry, Brown-Séquard, Nothnagel). Ich hielt es daher für nothwendig, die ganze Frage noch einmal einer Prüfung zu unterziehen.

Wenn man auf die Haut irgend ein Reagens einwirken lässt, z. B. Streichen oder Reiben, Kälte, Wärme etc., so wird jedes dieser Reagentien einen gewissen Einfluss auf die Hautsensibilität ausüben. Wenn nun alle Qualitäten der Hautsensibilität durch dasselbe Reagens immer in gleichem Sinne beeinflusst werden und dies sich bei mehreren Reagentien wiederholt, so ist es höchst wahrscheinlich, dass sie identisch sind, dass alle von denselben Nerven geleitet werden. Werden aber durch ein Reagens nicht alle Qualitäten in gleichem Sinne beeinflusst, wird z. B. durch Streichen der Haut die Erregbarkeit des Drucksinnes herabgesetzt, die des Temperatursinnes dagegen zu gleicher Zeit erhöht, dann ist bewiesen, dass Druck- und Temperaturempfindung nicht durch dieselben Nerven geleitet werden, denn die Erregbarkeit eines Nerven kann nicht zu gleicher Zeit vermehrt und vermindert sein. Es muss also auf diese Weise gelingen, die Hautsensibilität einer *qualitativen Analyse* zu unterwerfen. Ich habe nun bis jetzt gefunden, dass durch Streichen der Haut („Massage en effleurage" der Heilgymnasten) die Empfindlichkeit des Orts- und Drucksinnes herabgesetzt die Druck-Schmerzempfindlichkeit dagegen erhöht wird. Letztere habe ich

mittels eines von mir construirten Baralgesimeters gemessen. Durch langdauernde Einwirkung hoher Temperatur, Wasser von 41—45° C., nimmt die Erregbarkeit des Temperatursinnes ab, während die Schmerzempfindlichkeit für Temperatureindrücke zunimmt. Damit ist bewiesen, dass *Tast- und Schmerznerven nicht identisch* sind.

Durch kurzdauernde Einwirkung einer Temperatur von 38—41° C. wird die Erregbarkeit des Orts- und Drucksinnes *erhöht*, die des Temperatursinnes *herabgesetzt*. Damit ist weiter bewiesen, dass der Orts- und Drucksinn einerseits, der Temperatursinn andererseits gleichfalls nicht identisch sind, dass also *Tast- und Temperatursinn wirklich zwei verschiedene Sinne* sind.

Ich bin noch mit weiteren Versuchen beschäftigt, um zu erfahren ob noch weitere Spaltungen sich ergeben.

II. Referate.

---

47) O. Kahler und A. Pick: Weitere Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems.

(Arch. für Psych. und Nervenheilk. X. B. I. H. 1879).

(Schluss.)

II. Beiträge zur Symptomatologie und pathologischen Anatomie der Rückenmarkscompression.

Fractur der Halswirbelsäule mit Compression des Rückenmarks. Tod nach 12 Wochen.

Eine 18jährige Tagelöhnerin hatte durch einen Fall eine Fractur des 6. Halswirbels erlitten und war unter den Erscheinungen totaler Lähmung der Motilität und Sensibilität der unteren Körperhälfte Blasenlähmung, Parese der oberen Extemitäten aufgenommen worden. Sehr rasch entwickelte sich unter Schüttelfrösten mehrfacher Decubitus, der übrigens theilweise wieder zur Heilung tendirte, nach c. 7 Wochen trat vollkommene motorische Lähmung der obern Extremitäten, partielle Hyperästhesieen und Anasthesieen an der oberen Körperhälfte, Oedem der Beine, neuer Decubitus auf. Pat. erlag 12 Wochen nach der Verletzung.

Bei der *Section* zeigte sich das *Rückenmark* durch den fracturirten Wirbel auf $1^1/_2$ Cm. vollständig unterbrochen, nur durch die verklebten Häute zusammenhängend, die beiden Enden zugespitzt und erweicht.

Die miskroskopische Untersuchung des gehärteten Präparats bestätigt, dass an der Compressionsstelle so gut wie gar keine nervösen Elemente erhalten waren, dass dieselben vielmehr lediglich durch von den Häuten ausgehende Gefäss- und Bindegewebswucherung constituirt wurde. Oberhalb der Compressionsstelle finden sich in der weissen Substanz die verschiedenen Bilder der Compressionsmyelitis, Untergang des Marks, Quellung der Axencylinder, theils Verdichtung, theils Rarefaction des interstitiellen Gewebes zu weitmaschigen Fasernetzen, die mit endothelähnlichen Zellen erfüllt sind, Ausdehnung der adventitiellen Räume der von der Dura hereinwuchernden Gefässe. In der grauen Substanz Quellung der Ganglienzellen und zahlreiche Spinnenzellen bei Atrophie der Nerven-

fasern. Die durch die eigenthümliche periphere Gefässanordnung charakterisirten Zonen sind $^3/_4$ Cm. oberhalb der Compressionsstelle noch deutlich, die zwischenliegenden Räume vielfach erfüllt mit endothelartigen Zellen, höher nach oben gehen die Veränderungen des Querschnitts allmälig über in secundäre aufsteigende Degeneration in den Hinter- und Seitensträngen. Die letztere betrifft die Kleinhirnseitenstrangbahnen, die erstere ausser den Goll'schen Strängen auch die inneren Abschnitte der Hinterstranggrundbündel. In den nicht degenerirten Abschnitten der weissen Substanz finden sich hier einige hypervoluminöse Axencylinder. Circa $^3/_4$ Cm. *unterhalb* der Läsionsstelle zeigt sich ebenso wie oberhalb reichliche periphere Gefässwucherung von der Pia und Dura bis in die graue Substanz hinein; anschliesend an diese Gefässwucherung eine eigenthümliche Gewebsformation- vollständige, durch paralell den Gefässen verlaufende Septa gebildete Hohlcylinder, Ausfüllung sämmtlicher freier Räume durch endotheliale Zellen. Unter den Ganglienzellen der Vorderhörner zeigen einzelne Vacuolenbildung.

In tieferen Abschnitten nimmt die periphere Gefässneubildung ab, die graue Substanz zeigt nur noch eine Vermehrung der Spinnenzellen und etwas Blutpigment. Dagegen die weisse Substanz noch durchweg verändert, am meisten die inneren Abschnitte der Hinterstränge und die inneren Parthieen der Vorderstränge und zwar analog den oberhalb gelegenen Querschnitten; in einem Hinterhorn eine mit endothelialen Zellen ausgekleidete Lichtung. Mehr nach abwärts concentrirt sich die Veränderung auf die den secundären Degenerationen entsprechenden Abschnitte der Vorder- und Seitenstränge. In den Hintersträngen partielle Degenerationen der Goll'schen Stränge und der bandelettes externes der Hinterstranggrundbündel. Etwas tiefer ein Herd in einem Hinterstrang, aus endothelialen Zellen bestehend, der sich eine Strecke weit nach unten fortsetzt. Im unteren Dorsaltheil hat die Degeneration der bandelettes ext. abgenommen, die Veränderung der inneren Abschnitte der Vorderstränge und der hinteren Parthieen der Seitenstränge bestehen noch fort. Im Lendentheil sind nur noch die Veränderungen der Hinterseitenstränge vorhanden, die übrigen Abschnitte ziemlich normal.

Verf. nehmen aus dem geschilderten Befunde Gelegenheit, auf die Frage der secundären Degeneration im RM. näher einzugehen: in erster Linie erörtern sie die aufsteigende Degeneration in den Seitensträngen, den Kleinhirnseitenstrangbahnen Flechsigs. Zur Entscheidung der Frage, worauf das Eintreten der secundären, aufsteigenden Seitenstrangdegenerationen in dem einen Theil der Fälle das Ausbleiben in einem anderen beruhe, analysiren die Verf. eine Anzahl tabellarisch zusammengestellter Fälle mit Angabe über den betr. Punkt*). Sie finden, dass weder die Theorie von Bouchard, die

*) Den angeführten Fällen dürfte wohl noch ein vom Verf. berichteter: Acute Myelitis dorsalis (Virch. Arch. B. 73) anzureihen sein, in dem bei Sitz des eigentlichen Krankheitsherdes im mittleren Dorsaltheil neben einer eigenthümlichen Form secundärer Degeneration in den Hintersträngen eine secundäre Randdegeneration im untern Halstheil angegeben ist.

die *Höhe* des Sitzes der ursprünglichen Erkrankung, noch die von Flechsig, die die *Art* der Compression oder Läsion zur Erklärung jenes differenten Verhaltens heran zieht', ausreichend sei, vielmehr kommen sie ihrerseits zu einer beide Theorieen vereinigenden Anschauung.

Ausgehend von der Thatsache, dass die Fasern der Kleinhirnseitenstrangbahn von den Zellen der Clark'schen Säulen entspringen und an Zahl vom oberen Lendentheil bis zum unteren Halstheil continuirlich zunehmen, folgern Verf., dass eine Läsion der Lendenanschwellung Fasern der Kleinhirnseitenstrangbahnen nicht trifft, also keine secundäre Degeneration bewirkt. Sitzt die Läsion höher oben, so degeneriren nur jene Fasern, welche aus den unterhalb der Läsion gelegenen Zellen der Clarke'schen Säulen entspringen, während alle oberhalb entspringenden Fasern intakt bleiben. Es werden daher in höheren Querschnittsebenen innerhalb des Areals der Kleinhirnseitenstrangbahnen eine grosse Zahl intakter Nervenfasern liegen und sehr leicht völlige Intaktheit der Bahn vortäuschen, da auch gerade in den angenommenen Höhen (Dorsaltheil) ein nicht unwesentlicher Theil der Kleinhirnseitenstrangbahnen zerstreut im Areal der Pyramidenseitenstrangbahn verläuft. Kommt nun hiezu noch der von Flechsig angegebene Factor in Betracht, dass auch der *Ort der Läsion* von Einfluss ist, so dürfte das in Verbindung mit dem Höheneinfluss zur Erklärung der meisten Fälle ausreichen. Auch die *mehr oder weniger rasche Unterbrechung* der Fassern kann von Bedeutung sein.

Unter den aufgeführten würde nur *Ein Fall* (von W. Müller) nicht mit den aufgestellten Erörterungen stimmen.

Die abnormen absteigenden secundären Degenerationen in den Hintersträngen bilden Analoga zu Beobachtungen Vulpians. Der eigenthümliche Herd im Hinterhorn, 2$^{3}/_{4}$ Cm. unterhalb der Compressionsstelle, (Analog einem Befund von Westphal) wird von den Verf. als wahrscheinlich der *traumatischen* Myelitis eigenthümlich angesehen.

Bezüglich der eigenartigen *endothelialen Zellen* und deren Anordnung in den adventitiellen Räumen erinnern die Verf. an ähnliche Befunde Leydens und Fr. Schultzes. Sie halten die Annahme Leydens, dass die 'genannten Zellen *Körnchenzellen* analog wären, für ihren und den Schultze'schen nicht für wahrscheinlich, sondern glauben, dass es sich um von den adventitiellen Lymphräumen ausgehende Endothelwucherungen handelt. Für ihren Befund vindiciren sie den genannten Bildungen sogar die Möglichkeit *regenerativer* Vorgänge.

Eisenlohr (Hamburg).

---

48) Gowers: W. R. M. D. The Movements of the Eyelids. Mit Abbildungen.

(Med. Chirurg. Transact. LXII. 10. June 1879.)

Die Erscheinung, dass die Lidspalte bei allen Stellungen des Augapfels dieselbe Grösse behält, beweist, dass die Lider durch die

Bewegungen des bulbus mit auf- und niederbewegt werden, während das obere Lid noch durch freiwillige Contraction und Relaxation beträchtliche Bewegungsexcursionen auszulösen im Stande ist. Der Levator palp. sup. bewirkt, wie allgemein angenommen, die Hebung des obern Lides, der Orbicularis die Senkung des obern, sowie die Hebung des unteren Lides. Die Senkung des unteren Lides indess geschieht durch keine Muskelcontraction, es existirt kein Muskel für diese Thätigkeit, sondern wird allein durch die Cohärenz des Lides an den bulbus bei seiner Stellung nach unten bewerkstelligt. Gleicher Weise findet die Hebung des unteren Lides bei der Bewegung des Augapfels nach oben nicht allein durch Contraction der muskulären Fasern des orbicularis, sondern durch den Druck der unteren gewölbten Sclera gegen den unteren Lidknorpel statt, wie sich dies leicht bei Facialis-Paralyse nachweisen lässt.

Die normale Lage des oberen Lides wird durch die Thätigkeit des Levator und des Orbicularis bedingt. Paralyse des Levator bedingt Ptosis, solche des orbicularis lässt meist das obere Lid der paralysirten Seite höher erscheinen als das der nicht paralysirten. Die Schliessung der Lider beim Schlafe wird durch eine leichte tonische Contraction des Orbicularis bedingt. (? Ref.) Die Senkung des oberen Lides bei Beugung des Bulbus nach unten wird nicht durch Contraction des Orbicularis, sondern durch die Cohärenz des Lides an die gewölbte Fläche der Cornea und Sclera bewirkt, ersterer tritt in Thätigkeit nur bei willkürlicher Schliessung der Lider.

Die Hebung des Lides indess geschieht durch Contraction des Levator, der in directer Beziehung steht zu der des rectus superior, und beide sind willkürliche Bewegungen. Diese Verbindung des rect. super. und levator setzt der Thätigkeit des letzteren bestimmte Grenzen. Verf. erwähnt eines Falles, in dem durch partielle Paralyse des 3. Nervenpaares doppeltseitige Ptosis constatirt wurde. Beim Blicke grade aus, bedeckte das obere Lid die Hälfte der Cornea jedes Auges, und war Patientin nicht im Stande, im mindesten das Lid weiter zu heben. Beim Blick nach oben indess, hob sich das Lid zu normaler Höhe, so dass die Cornea fast ganz unbedeckt war. — Bei Paralyse des Orbicularis tritt Erschlaffung des Levator ein beim Versuche die Augen zu schliessen, grade so, als wenn der Orbicularis nicht gelähmt wäre. Das obere Lid senkt sich, allein die Lider können nicht an einander gebracht werden. — Wenn indess der rectus infer. gelähmt ist, so dass der Bulbus nicht nach unten gedreht werden kann, so wird der Versuch zu dieser Bewegung nicht von Relaxation des Levator begleitet, wie gewöhnlich bei der Bewegung des Bulbus nach unten der Fall ist. Gleicher Weise wie bei Bewegungen des Bulbus nach oben und unten, werden die Augenlider, besonders das obere, in Mitaction gezogen beim Nystagmus verticalis. Der Mechanismus dieser Bewegung ist der gleiche, wie der der anderen Bewegungen des Augapfels und zum Theil das Resultat der Verbindung der Thätigkeit des levator und rectus superior.

Nieden (Bochum).

---

49) Steffen: Beitrag zur Lehre des Zusammenhanges der Erkrankungen der Sehnerven mit denen des Rückenmarkes.

(Sitzungsbericht der Heidelb. ophth. Gesellsch. 1879. p. 90 ff. Rostock.)

Bei der Tabes und der multiplen Herdsclerose des Hirns und Rückenmarkes werden die gleichen Krankheitsprocesse wie im Rückenmark, so auch in den Sehnervenstämmen beobachtet, indem einmal bei ersterer totale Zerstörung des Nervenparenchyms und damit Amaurose der Folgezustand ist, während bei letzterer selten totale Atrophie des Sehnerven und damit auch Erblindung zur Beobachtung gelangt, oftmals sogar die Papille ihr normales Aussehen bewahren kann bei mehr oder minder hochgradiger Functionsstörung, oder auch bei ausgesprochener Atrophie der Papille die Ambliopie im Verlauf der weiteren Krankheitsbeobachtung sich wesentlich bessern kann. Bei der Lateralscleros, die der Seitenstränge, sind bis jetzt sicher constatirte Fälle gleichzeitiger Erkrankung der Sehnervenstämme noch nicht constatirt. Ueber den Zusammenhang *acut* verlaufender Rückenmarksleiden mit ebenso *acut* verlaufenden Sehnervenleiden ist bisher noch keine Beobachtung gemacht ausser der folgenden:

Patient, 50 Jahre alt, rüstig und in günstigen äusseren Verhältnissen, ohne jedes constitutionelle Leiden, bei normalem Befund aller Körperorgane klagte über Schmerzen in der linken Kopfseite und Abnahme des Sehvermögens des linken Auges. Constatirt wurde eine leichte Neuritis descendens, centrales Scotom, dem nach 4 Tagen totale Amaurose folgte. Diese blieb für volle 24 Tage bestehen bei deutlich nachweisbarem Rückgang der Neuritis. Die Sehschärfe kehrte dann zurück um nach 2 Tagen auch auf dem *rechten* Auge rückgängig zu werden und gleicher Weise innerhalb 4 Tagen auch hier vollständig zu erlöschen unter gleichem Bilde einer leichten neuritischen Schwellung der Papille. Nach 17 Tagen kehrte das Sehvermögen langsam zurück, so dass also innerhalb 3 Monate eine auf jedem Auge vollständige Erblindung mit successiver Rückkehr des Sehvermögens statthatte unter dem Bilde einer Neuritis optica retrobulbaris und ohne sichtliche Symptome eines orbitalen oder intracraniellen Leidens. Von jetzt ab beginnt der Process der Erblindung von neuem, zugleich auf beiden Augen in den äussern Gesichtshälften, so dass nach 5 Tagen das deutliche Bild einer temporalen Hemianopsia (Lähmung der fascic. cruciati beider Sehnerven, zu constatiren war, dem nach einigen Tagen totale beiderseitige Amaurose folgte und zwar ohne besonderen ophthalmoskop. Befund.

Auch diese schwand wieder nach 3 Tagen, um eine langsam und auf dem linken Auge jetzt stetig fortschreitende Besserung des Sehvermögens anzubahnen, während auf dem rechten Auge noch einmal eine Verschlechterung, Verdunkelung des Gesichtsfeldes für einige Tage sich constatiren liess. Nachdem so im Verlauf der einzelnen vier Attaquen| die Diagnose zwischen primärer Neuritis ohne intracranielles Schädlichkeits-Moment und solchen auf der Basis eines in dem Chiasmawinkel gewucherten Tumors hin- und hergeschwankt hatte und die Prognose stets im flackernden Lichte hatte erscheinen lassen, machten sich 5 Monate nach Beginn des Augen-

leidens ganz unerwartete Symptome eines acuten Rückenmarksleidens bemerklich. Patient klagte über Schwäche in den unteren Extremitäten, und liess sich an der Höhe der untern Brustwirbel abwärts eine Sensibilitäts-Herabsetzung der linken Körperhälfte nachweisen, gleicherweise Schwäche im Urinlassen, sowie den Geschlechtsfunctionen. Innerhalb weniger Tage schritt der Process des Markes soweit fort, dass die *rechte* untere Extremität vollkommen paralytisch, die *linke* hochgradig paretisch wurde, während die Sensibilität am *rechten* Beine fast überall erhalten, das *linke* Bein indess und die linke Bauchhälfte und gleiche Rückenhälfte deutlich anästhetisch gefunden wurde. Haut- und Sehnenreflex an den unteren Extremitäten erhöht. Blasenlähmung vorhanden. Weiterhin Zunahme der Lähmungserscheinungen bis zu fast completer motorischer und sensibler Paraplegie, weitere Steigerung der Reflexe, heftiger Blasencatarrh mit mehrfachen Schüttelfrösten. Nach 4 Wochen Wiederkehr der Beweglichkeit der Beine, zuerst links, dann auch der Sensibilität, so dass Patient nach weiteren 8 Wochen wieder stehen und gehen kann und ohne besondere Zwischenfälle die Besserung des Spinalleidens langsam bis zu nahezu vollkommener Heilung fortschreitet. Die Diagnose wurde von Herrn Prof. Erb auf Myelitis transversa dorsalis acuta gestellt und auf die complete Paraplegie mit Anästhesie und Blasenlähmung, mit Steigerung der Reflexthätigkeit, ohne Muskelatrophie, den charakteristisch localisirten Schmerzen mit nach oben scharf abgegrenzter Anästhesie begründet. Charakteristisch ist besonders die Entwicklung des vollen Symptomenbildes aus dem Bilde einer initialen rechtsseitigen Halbseitenläsion.

Nieden (Bochum).

---

50) **Charcot**: 1) Dégénérations ascandantes de cause spinale; lésions des faisceaux de Goll et des faisceaux de Burdach. 2) Dégénérations spinales de cause périphérique. VIII. Leçon, recueillie par Brissaud.

(Progr. med. 1879. Nro. 48.)

1) Charcot zeigt in dieser Vorlesung, dass die Hinterstränge aus zwei anatomisch getrennten, isolirt functionirenden Nervenfasersystemen gebildet sind. Diese Thatsache wird bewiesen:

a.) Durch die embryonale Entwickelung der Hinterstränge, welche lehrt, dass sich die Goll'schen Stränge in der 8ten Fötalwoche aus den ursprünglichen (Burdach'schen) Strängen getrennt entwickeln und durch die hinteren intermediären Furchen von den Burdach'schen Strängen getrennt bleiben.

b.) Durch die anatomische Structur, welche zeigt, dass die Goll'schen Stränge aus langen commissuralen Fasern bestehen, welche entferntere Parthien der grauen Substanz verbinden, niemals mit den hinteren Wurzeln in Verbindung stehen und in einer Ganglienmasse am Boden des 4. Ventrikels endigen. Die Burdach'schen Stränge dagegen sind zusammengesetzt aus Fasern, die von den hinteren Wurzeln kommend, jene durchsetzend nach aussen verlaufen und aus verticalen commissuralen Fasern, die jedoch viel kürzer sind als die in den Goll'schen Strängen und sich nach allen Richtungen hin auseinanderdrängen.

c.) Durch das Vorkommen isolirter Erkrankungen, sowohl der Goll'schen (zuerst von Pierret mitgetheilt) als auch der Burdach'schen Stränge. Die Symtome bei der ersten Erkrankung decken sich *nicht* mit den der Tabes dorsalis (ataxie locomotrice progressive), wohl aber die der zweiten, wie dies in einem Falle nachgewiesen wurde.

Die secundäre, aufsteigende Degeneration der Hinterstränge bei Compression oder bei transversaler Myelitis entwickelt sich auf die Weise, dass die *kurzen* commissuralen Fasern der Burdach'schen Stränge die Degeneration auf einer kurzen Strecke nach oben hin fortleiten. Indem sich nun die durch die Compression gesetzte primäre Affection auch auf die Goll'schen Stränge ausdehnt, degeneriren in Folge dessen auch die *langen* commissuralen Fasern dieser, meist in ihrem ganzen Verlauf bis zum Boden des 4. Ventrikels. — Die Entstehung und Weiterentwicklung der Tabes dorsalis ist in den meisten Fällen eine ganz analoge. Die fundamentale entzündliche Affection beginnt sich von ihrem Ursprunge aus zunächst auf die Wurzelfaserbündel in der ganzen Höhe der regio dorso-lumbaris auszubreiten; von da schreitet dieselbe nach allen Richtungen hin voran, gewinnt die Hinterhörner und die Goll'schen Stränge, von wo aus die Degeneration in derselben Weise wie bei direkter Compression weitergeleitet wird.

2.) Es giebt nur 3 oder 4 Fälle von secundärer, spinaler Degeneration nach peripherer Primärläsion (durch Tumoren) und war in allen Fällen der Sitz derselben in den Wurzeln der cauda equina über dem Ganglion. Diese Degeneration befällt nur die Hinterstränge, bedingt durch die Affection der *hintern Wurzeln* und entwickelt sich dieselbe genau so, wie bei der atax. locom. progr. (nur in einem Falle will man eine alleinige Erkrankung der Burdach'schen Stränge beobachtet haben). In der Lumbarregion sind die Hinterstränge in der *ganzen* Dicke degenerirt, weiter oben meist bis zum Boden des 4. Ventrikels sind die Goll'schen *Stränge* nur allein afficirt. Halbey (Bendorf).

---

51) **C. Eisenlohr** (Hamburg): „Ueber akute Bulbaer- und Ponsaffectionen."

(Arch. f. Psychiatrie Bd. X, Heft I.)

Eisenlohr berichtet über den sehr interessanten Sectionsbefund eines Falles, dessen Krankengeschichte er bereits früher mittheilte. Es war bei einem zweijährigen Kinde im Verlaufe eines Erysipels eine akut entstandene, gekreuzte Hemiplegie eingetreten, die sich im Verlaufe mehrerer Monate bis auf eine restirende linksseitige Facialislähmung zurückbildete. Der Kranke starb mehrere Jahre nach dem Insult an den Folgen multipler Caries und ausgebreiteter tuberkuloesen Affectionen.

Bei der Section zeigten sich die *linksseitigen Gesichtsmuskeln* kaum noch erkennbar, der *linke Facialisstamm* sehr *dünn*. Erst mikroskopisch liess sich gerade an der Stelle des *linken* (vordern) *Facialiskerns* innerhalb der Med. oblongata die gleiche Veränderung (Atrophie und Rarefication der Ganglienzellen und Nervenfasern, vermehrte Neuroglia) nachweisen, wie sie sich bei der Poliomyelitis

acut. infant. in den grauen Vordersäulen zeigt. — Im Rückenmark keine Veränderung.

Verf. fasst den geschilderten Befund als den Rest eines encephalitischen Vorganges auf, welcher als *bulbäre* Form der spinalen Kinderlähmung bezeichnet werden könnte.

In einer *zweiten* Beobachtung, die Eisenlohr mittheilt, handelt es sich um einen 55 jährigen Mann, der plötzlich mit Zungen-, Lippen- und Schlundlähmung nebst rechtsseitiger Hemiplegie erkrankte. Das Bewusstsein während des Anfalls erhalten. Ausserdem trat zugleich Hemiparese links, Kieferklemme und absolute Sprachlosigkeit auf; die Hemiparese ging später in Hemiplegie über. Der Tod erfolgte am 11. Tage nach dem Eintritt der Krankheit.

Die Diagnose war auf Erweichungsherde im *Pons* gestellt worden; ob mit oder ohne Thrombose im Verzweigungsgebiete der Vertebrales, blieb dahingestellt.

Es fanden sich post mortem in der That Erweichungsherde im Pons neben Degeneration der Endstücke beider Carotiden, Vertebrales und der Basilaris. Die Art. cerebell. infer. post. dextra war durch einen $2^1/_2$ Centim. langen Thrombus obturirt, welcher älter als 11 Tage erschien.

E. nimmt daher an, dass die apoplectiform eingetretenen Symptome nicht die *unmittelbare* Folge dieser Thrombose waren, sondern erst mittelbar auf Grund derselben durch ausgedehnte Obturation kleinster Brückenarterien entstanden, die sich bei mikroskopischer Untersuchung fanden und welche den umfänglichen Herd herbeiführten.

In einem *3. Falle* endlich trat bei einer 42jährigen Frau ein apoplectischer Insult mit mehrstündigem Bewusstseinsverlust auf, nach welchem rechtsseitige Hemiplegie mit Contracturen, linksseitige Schwäche mit Ataxie und choreaartige Bewegungen, doppelseitige Lähmung des Mundfacialis, Lähmung der Zunge und des Gaumens, Sprachlosigkeit und Schlingbeschwerden zurückblieben. Die Augen waren dauernd nach rechts gewendet, ebenso der Kopf, die linke Pupille verengert. Mehrere Wochen unter Temperatursteigerung allgemeine Paralyse, Strabismus divergens, Benommenheit, Coma und Tod. —

Gegenüber dem zweiten Falle war also die Kieferklemme hier *nicht* vorhanden, die Schlundlähmung geringer. Im übrigen waren die Symptome in beiden Fällen sich ausserordentlich ähnlich. Eisenlohr vermuthete, dass eine doppelseitige Erkrankung der Hemisphären und ihrer Ganglien vorläge, konnte aber eine Ponsaffection nicht ausschliessen. Die Autopsie ergab ausgebreitete Atheromatose der Gehirnarterien, ferner sowohl Erweichungsherde in beiden Basalgangliengruppen und im Marke beider Hemisphären als auch zwei kleine Herde im Pons. Beide Herde fanden sich oberhalb der Abducenskernebene, befanden sich nahe der Raphe und lagen in der Höhe des Eintritts der grossen Quintuswurzel. — Eine Zurückführung der einzelnen Symptome auf die verschiedenen Erkrankungsherde liess sich natürlich in diesem Falle nicht ausführen.

Schultze.

---

52) **Assagioli** und **Bonvecchiato:** Ein Fall von Hirnschenkelblutung mit Hemianästhesie.

(Rivista sperimentale di freniatris 1879, III.)

Ein ohne Anamnese überbrachter, halb soporöser Mann von 61 Jahren zeigte Lähmung der linken Extremitäten und der linken unteren Gesichtshälfte sowie Ptosis und Strabisums rechts. Von Seiten der Sensibilität konnte constatirt werden, dass Geruch, Geschmack, Gehör und Sehen intact waren, während Temperatur- und Schmerzempfindlichkeit, vielleicht auch die Tastempfindlichkeit an der ganzen linken Seite aufgehoben waren.

3 Tage nach der Aufnahme starb der Mann.

Bei der Section fand sich, dass der rechte Grosshirnschenkel bis auf eine dünne, etwa den dritten Theil seines Querschnittes, betragende basale Schichte, durch eine frische Haemorrhagie zerstört worden war. Ausserdem fand sich nur noch eine beträchtliche Milzschwellung.

Obersteiner (Oberdöbling bei Wien).

---

53) **R. W. Gowers**: Ueber die Sehnenreflexe.

(Med. chir. Transact. Vol. LXII.)

Der Verfasser bedient sich bei seinen Untersuchungen über die Sehnenreflexe mit vielem Geschicke der graphischen Methode, indem er die Bewegungen der Glieder auf eine rotirende Trommel aufschreiben liess.

1. *Das Kniephänomen.* Gewiss die Hälfte jener Nervenkranken, bei denen das Kniephänomen mangelt, leidet weder an ausgebildeter noch an beginnender Tabes dorsualis; fast allen diesen Kranken ist aber leichte Ermüdung beim Gebrauch der unteren Extremitäten gemeinsam. — Unter 27 Fällen von cerebraler Hemiplegie war das Kniephänomen 13 Mal beiderseits gleich intensiv, 14 Mal auf Seite der Lähmung stärker.

Die Curven welche G. erhielt, lehren, dass das Intervall zwischen Sehnenreizung und Contraction des Quadriceps gerade jener Zeit entspricht, welche nach den über die Leitungsgeschwindigkeit in den Nerven bekannten Thatsachen für eine solche Reflexbewegung, erforderlich ist. Es geht daraus also hervor, dass das Kniephänomen in der That als eine wirkliche spinale Reflexbewegung, und nicht als Folge einer directen von der Sehne zum Muskel fortgepflanzten Reizung anzusehen sei. Hingegen fand er bei seinen Curven häufig vor dem Eintritt der reflectorischen Quadricepscontraction, eine leichte, vorübergehende Erhebung, nie später als 0,05 Sec. nach der Sehnenreizung, welche er als den Ausdruck einer, durch den von der Sehne fortgepflanzten Reiz erzeugten, Muskelcontraction ansieht, da er die Zeit (von höchstens 0,05 Sec.) für den Ablauf einer Reflexbewegung an dieser Stelle als ungenügend ansieht. Fälle von Tabes mit erhaltenem Kniephänomen sind nicht selten; G. führt mehrere solche an, und erklärt diesen Umstand dahin, dass bei solchen Kranken die hinteren Wurzelfasern durch die Hinterstrangsklerose weniger geschädigt werden als in anderen.

2. *Das Fussphänomen* (Ankle clonus). Auf die klonischen Zuckungen des Gastrocnemius beim Fussphänomen wurden mittelst der graphischen Methode studirt. Die Contractionen treten mit so grosser Regelmässigkeit auf, dass die Curven denen gleichen, welche von einer Stimmgabel aufgezeichnet würden. In allen untersuchten 10 Fällen betrug die Anzahl der Zuckungen 5—7 in der Secunde (im Mittel 6). Aehnliche klonische Contractionen lassen sich auch mitunter am Abductor und Flexor brevis hallucis erzeugen, wenn man eine rasche, passive Streckung der grossen Zehe vornimmt. G. hat aber ausserdem auch in den Peroneis und im Quadriceps femoris einen derartigen Klonus beobachtet.

Das Zustandekommen des Fussphänomens will Gowers im Gegensatz zum Kniephänomen auf eine directe, nicht reflectorische, Reizung des Gastrocnemius zurückführen, allerdings unter Annahme einer gleichzeitig gesteigerten Reflexerregbarkeit im betreffenden Muskel.

Dass es sich nicht um Reizung der Sehne, sondern des Muskels selbst handle, dafür spricht vor Allem der Umstand, dass bei einem Schlag gegen die Achillessehne allerdings häufig das Fussphänomen auftritt, aber immer dann ausbleibt, wenn man die Finger der anderen Hand derart entgegenhält, dass die Sehne nicht gezerrt, gespannt, und dadurch also auch die Muskelfasern nicht indirect angespannt werden können. Aus den Curven, welche Verf. erhielt ergiebt sich ferner, dass der Zeitraum zwischen der Reizung und dem Auftreten der Gastrocnemiuscontractionen zwischen 0,025 und 0,05 Secunden schwankt, eine Zeit welche er für nicht genügend für das Zustandekommen einer Reflexbewegung dieser Art hält. Er fasst daher das Auftreten der Zuckungen in der oben angegebenen Weise auf, nimmt aber gleichzeitig an, dass der Muskel sich in einem Zustand abnorm gesteigerter Reflexerregbarkeit, abnormer Empfindlichkeit gegen locale Reize befinde, daher erklärt es sich, wesshalb die ersten Zuckungen schwächer ausfallen, und erst die weiteren ihre volle Höhe regelmässig einhalten. Wenn das Fussphänomen in der gebräuchlichen Weise nur bei gewissen Erkrankungen des Rückenmarkes erzielt werden kann, so fehlt es doch auch bei gesunden Individuen nicht vollständig. Wenn ein Kranker, bei welchem diese Erscheinung gut ausgebildet ist, derart gesetzt wird, dass das Knie etwas mehr als im rechten Winkel gebeugt ist, und der Fuss mit dem Ballen, nicht aber mit der Ferse den Boden berührt, so genügt ein Schlag auf das Knie um die klonischen Zuckungen des Gastrocnemius auszulösen.

Bei einem gesunden Menschen ist dies allerdings nicht hinreichend, wenn aber die Bewegung erst willkürlich angeregt wurde, kann sie auf diese Weise, ohne weitere Betheiligung der Willensthätigkeit, fortgesetzt werden, und es ergeben sich genau die gleichen Curven, wie bei den pathologischen Contractionen.

Obersteiner (Wien).

---

54) Dario Maragliano: Ueber den Werth der Milchsäure als Hypnoticum und Sedativum bei Geisteskranken.

(Rivista sperimentale di freniatris e di med. legale 1879. 3. Heft.)

Aus einer grösseren Reihe von Versuchen ergab sich, dass die Milchsäure (8—10 Gramm) und das milchsaure Natron (12—15 Gramm) bei ruhigen melancholischen Kranken nach 3—4 Stunden Schlaf zu erzeugen im Stande sind; die Wirkung tritt aber nicht ein wenn das Mittel statt in den Magen per rectum eingeführt wird. Ebenso ist der Gebrauch der Milchsäure oder des milchsauren Natrons bei allen Aufregungszuständen erfolglos. Da nun die genannten Mittel vor den gebräuchlichen Hypnoticis als Morphin, Chloralhydrat, nichts voraus haben, gegen dieselben aber ausser dem beträchtlichen Preise auch die späte Wirkung und vor Allem die manchmal sehr beträchtlichen Störungen von Seiten des Verdauungstraktus sprechen, so ist deren Werth in der in Rede stehenden Beziehung nur ein geringer.

Obersteiner (Wien).

---

55) Trephining for traumatic-epilepsy.

Aus der Sitzung der royal med. and chirurg. Society am 25. XI. 1879.

(The Lancet. 29. XI. 1879.)

In der angegebenen Sitzung gab James F. West ein Referat über einen Fall erfolgreicher Trepanation. Ein 14 jähriges Mädchen war, seitdem sie 1871 durch einen Steinwurf einen Schädelbruch rechterseits und Hirnerschütterung gelitten hatte, epileptisch. Die Anfälle nahmen von Jahr zu Jahr an Häufigkeit und Heftigkeit zu, schliesslich war Pat. blödsinnig geworden. Am 25. XI. 1878 wurde nun an der deprimirten Knochenstelle ein kreisrundes Stück entfernt, wobei sich ergab, dass der Knochen nur einen äusseren Eindruck erlitten hatte. Von der Operation an trat Besserung ein und am 3. XII. konnte Pat. geheilt entlassen werden und war seitdem frei von Anfällen geblieben. Anschliessend gab West noch ein kurzes Referat über eine Abhandlung von Championnière (Trépanation guidée par les localisations cérébrales) und eine Arbeit von Echeverria (cf. das Referat Jahrg. 1879. Nro. 7 des Centralblattes), und befürwortete auch einerseits die Ausführung der Operation.

Aus der Disscussion: Althaus hat unter 3000 Fällen keinen gesehen, wo Schädelverletzung mit Depression vorlag. In Fällen, wo ein vorausgegangener Insult den Trepan indicirt hätte, sah er Erfolg von Jodkali in grossen Dosen. Bellamy referirte über einen Fall, wo er, nachdem die Schädelverletzung 13 Jahre vorher stattgefunden hatte, trepanirte und Heilung erzielte. Durham sah zwei Fälle, einen mit günstigem, einen mit ungünstigem Verlaufe. Bryant sah Erfolg von einfachen Incisionen über der Schädeldepression, wenn der Knochen sich gesund zeigte.

Karrer (Erlangen).



56) Southey: Three cases of chronic meningitis following injury to the skull. Aus dem St. Bartholomews Hospital.

(The Lancet 29. November, 6. Dezember 13. Dezb. 1879.)

Angeregt durch in „The Lancet" mitgetheilte Fälle von Schädeltraumen mit nachfolgenden Hirnsymptomen gibt Verf. einen Bericht über drei Fälle obigen Themas, da chronische Meningitis sich manchmal an Schädelverletzungen noch so spät anschliesse, dass man den Zusammenhang übersehe; zumal die Patienten, wenn sie in Behandlung kommen, oft nicht mehr im Stande seien, genügende Auskunft zu geben. Die Fälle sind folgende:

I. Eine 27jährige Frau, welche am 5. XI. 78 aufgenommen wurde, hatte 4 Jahre vorher durch einen Fall aus einem Fenster einen Bruch des Nasenbeins erlitten mit kurz dauernder Bewusstlosigkeit. Weitere Störungen blieben aus, sie war bald wieder völlig arbeitsfähig und heirathete nach zwei Jahren. Nach 18 Monaten entband sie und stillte dann ihr Kind 6 Monate lang, bis zu ihrer Aufnahme. Nach der Entbindung stellte sich allmählige Geistesabnahme ein, und 5 Wochen vor der Aufnahme wurde Pat. verwirrt. Bei der Aufnahme zeigte sie ziemlichen Stumpfsinn und Gedächtnissschwäche, Steifheit der Glieder, Schmerzen im Rückgrat, besonders im Nacken; schwachen Puls, geringen Eiweissgehalt des Urines, kein Fieber.

Die Diagnose wurde auf chronische Meningitis cerebrospinalis gestellt. Im weiteren Verlaufe wechselten in rascher Folge Zeiten grosser Unruhe und Verwirrtheit mit solchen von tiefem Stupor. Bei einer ophthalmoscopischen Untersuchung fand sich die linke Papille geröthet und die Venen verbreitert. Erbrechen kam häufig. Am 28. XI. trat ein Anfall heftiger Convulsionen auf, am 8. XII. folgte ein Anfall von Muskelstarre, die Kranke wurde immer schwächer und starb am 16. XII. 80.

Die Section ergab: Starke Verdickung und Färbung der weichen Hirnhäute, Adhärenz derselben an die Hirnsubstanz beiderseits in der Fossa Sylvii und im Sulc. longitud; starker Hydrocephalus internus aller Ventrikel, Verdickung und Trübung des Ependyms, eine dichte opace Membran zwischen Peduncul. cerebri, welche die Communication des Ventrikelinhaltes mit der Cerebrospinalflüssigkeit verhinderte.

II. Ein 16jähriger bis dahin gesunder Knabe fiel Weihnachten 1878 mit dem Hinterkopfe heftig auf das Eis. Nach mehrwöchentlichem Unwohlsein war er wieder gesund bis 1. Mai 1879; wo auf einmal Erbrechen auftrat. Dasselbe wiederholte sich in der Folgezeit häufig; der Kranke wurde apathisch, Intelligenz und Gedächtniss nahmen ab, nächtliche Unruhe stellte sich ein. Bei der Aufnahme am 15. Juli wurde ausserdem beträchtliche Muskelschwäche constatirt und eine Lähmung des M. rectus externus sinister. Der weitere Verlauf war characterisirt durch öfteres Erbrechen, Auftauchen von Wahnideen (der Kopf wurde ihm abgehauen, Ratten und andere Thiere seien in seinem Bette etc.) Verstopfung; unregelmässig intermittirendes Fieber. Die ophthalmoscopische Untersuchung ergab beiderseitige beträchtliche Röthung der Papillen und

die Grenzen der linken verwaschen. Behandlung: Gegenreiz am Hinterkopf, Jod und Bromkali, Chloral, Morphium. — Am 17. IX. wurde in der Chloroformnarkose ein Haarseil gesetzt; kurze Zeit nach dem Erwachen aus derselben bekam Pat. epileptiforme Krämpfe und starb.

Sectionsbefund: Abflachung der Gyri; starke Färbung und Verdickung der Häute an der Basis, mit fibrinösen Auflagerungen, Verklebung beider Fossae Sylvii, sowie beider Hemisphären nach vorn; Verschluss des vierten Ventrikels durch Adhäsionen, starker Hydrocephalus internus.

III. Bei einem 12jährigen Kinde trat bald nach einem heftigen Fall auf den Hinterkopf, Weihnachten 1874, Schwerhörigkeit auf, dann wurde dasselbe bettlägerig, klagte über Kopfschmerz und Schmerzen in den Schenkeln; sein Charakter änderte sich, es wurde launisch und ruhelos; weinte und schrie viel. Bei der Aufnahme am 4. III. 1875 zeigte es sich anaemisch und scrophulös, mit unregelmässigem schwachen Pulse, ohne Fieber. In den folgenden Tagen war Pat. meist ganz verwirrt, musste häufig mit dem Löffel gefüttert werden. Nach raschem Kräfteverfall trat am 21. III. der Tod ein.

Sectionsbefund: Starke Injection der weichen Hirnhäute, ziemlich beträchtlicher Hydrocephal. internus; stecknadelkopfgrosse Blutergüsse im Pons.

Verf. legt sich den Zusammenhang der Symptome und des Befundes folgendermassen klar. Durch das Schädeltrauma wurde der Anstoss zu einer Hirnhautentzündung gegeben, durch die Producte derselben die Circulation der Ventrikelflüssigkeit aufgehoben, dadurch Hydrocephalus erzeugt und Gehirndruck verursacht.

Karrer (Erlangen).

57) **Riva e Seppilli**: Studii clinici sulle malattie accidentali dei pazze. (Riv. sper. di fren. A. V. F. III. 1879, p. 180—189.)

Die V. haben durch längere Zeit exacte Beobachtungen angestellt, um zu erfahren, ob und in wiefern sich intercurrirende Krankheiten bei Geisteskranken anders verhalten, als bei Geistesgesunden. Indem wir ein näheres Eingehen bis auf das Erscheinen der angekündigten ausführlichen Arbeit verschieben, geben wir jetzt nur einige Notizen der obcitirten vorläufigen Mittheilung.“ In derselben wird croupöse und hypostatische Pneumonie, Lungengangrän und Lungenphthyse, Enteritis acuta und chronica, sowie endlich Typhus abdominalis besprochen. Allen gemeinsam ist bei Geisteskranken das *häufige Fehlen jedweder subjectiven Symptome.* Bei der *croupösen Pneumonie* war der tödtliche Ausgang häufiger. Die *hypostatische* findet genug Opfer unter den mit verschiedenen Schwächezuständen behafteten Geisteskranken. *Lungengangrän* wird bei Geisteskranken von denselben Ursachen veranlasst, wie bei Geistesgesunden. *Phthysis pulmonum* ist in den italienischen Anstalten, gegenüber jenen Mittel- und Nord-Europa's, oder Nord-Amerika's relativ selten; nur 9% der Todesfälle werden durch sie verschuldet. *Enteritis* ist viel häu-

figer als sich aus den Ausweisen schliessen liesse, indem in diesen meistens Marasmus oder ähnliches als Todesursache angegeben ist, während Enteritis dafür zu setzen wäre; doch werden in den Ausweisen der italienischen Anstalten im Mittel noch 10 % der Mortalität dazu gerechnet. Als Veranlassungen zur Erkrankung finden sich bei Geisteskranken häufig Verkühlung, Unregelmässigkeiten in der Nahrungsaufnahme und Koprostase. *Typhus* wurde bei einem Krankenstand von 650 bis 680 Kranken in 14 Monaten nur 3 mal beobachtet.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

58) **Bonfigli**: Ulteriori considerazioni sull' argomento della cosè detta pazzia morale.

(Riv. sperim. di fren. e med. leg. A. V. F. III, 1879, p. 229—272.)

In der vorliegenden Nummer der Rivista sperimentale wird der in der vorigen begonnene Artikel Bonfigli's über das „moralische Irresein" beendigt. Er vertheidigt darin den vierten von Tomassia angegriffenen Satz. Jene Schwachsinnigen, die gewöhnlich als „moralisch Irre" aufgefasst werden, können durch rechtzeitige entsprechende Erziehung oder durch Strafe zur Befolgung der Moralitätsgesetze gebracht werden. Man muss denselben einen gewissen Grad von Zurechnungsfähigkeit zuerkennen. Wie allenthalben in der Natur so finden sich auch zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit eine Reihe von Uebergängen, dem entsprechend ist auch der Sprung von der vollen Zurechnungsfähigkeit zur Unzurechnungsfähigkeit zu vermeiden und eine verminderte Zurechnungsfähigkeit anzunehmen, wie ja viele bedeutende Autoren bereits gethan haben.

Den Schluss der eingehenden Arbeit bildet eine ausführliche Uebersicht über die betreffende Literatur.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

59) **Siemens**: Klinische Beiträge zur Lehre von den combinirten Psychosen.

(Archiv für Psychiatrie X. 1. 1879.)

Die Classification und Nomenclatur der verschiedenen Formen von Seelenstörungen ist noch immer eine brennende Frage. Angesichts vieler Fälle ist man im Zweifel wohin man sie thun soll. Verf. nimmt combinirte Seelenstörungen an, solche, welche die Züge von mehreren klinischen Bildern vereinigen und doch, als Ganzes betrachtet, durchaus eigenartig sind. Er nennt sie Uebergangsformen. Es kann zu einem Cerebralleiden vorwiegend psychischer Natur, der Symptomencomplex einer andern Form von Psychose hinzutreten und beide können sich dann zu einem neuen klinischen Bilde vereinigen.

Oder zu bestehenden anderen Psychosen stellen sich in acuter Weise krankhaft anhaltende Stimmungsanomalien hinzu, welche ganz unabhängig von den Wahnideen sind, welche eine selbstständige schwere Affection im klinischen Bilde bedeuten, dasselbe oft total verändern.

Verf. bemerkt, dass er keine erschöpfende Darstellung seiner einschlägigen Beobachtungen giebt und theilt diese ein:

I. zu bestehenden anderen Psychosen tritt als neues Accidens eine frische Melancholie oder Manie hinzu; (bei Vollentwicklung des Gehirns.)

a.) bei mangelhafter Bildung des Gehirns (Idiotismus)

b.) bei „organo-psychischer Vollentwicklung (Schüle) (Degenerationsformen.)

II.) zu bestehender Melancholie oder Manie gesellen sich andere Psychosen als Complicationen.

Zu a.) führt Verf. um die zum Idiotismus hinzutretende Melancholie zu illustriren ein Beispiel an:

Ein 30 jähriges, hereditär belastetes, mit Idiotismus ziemlichen Grades behaftetes Mädchen, mit unsymetrischem Schädel, schleppender Sprache (Bradyphrasie, Kussmaul) verweigert in ihrer melancholischen Verstimmung, die allmälig eintrat, die Nahrung, will sterben, klagt oft über Angst.

Trifft Manie ein idiotisches Gemüth, so wird die Beschleunigung des Vorstellungsverlaufes keine sehr reichhaltige Ideenproduction hervorrufen. Das erhöhte Selbstgefühl wirft sich auf kleinliche Dinge und der erhöhte Drang nach motorischer Aeusserung entspricht der Beschränktheit. Zu b.) bringt Verf. einen Krankheitsfall, welcher von Hause aus im Rahmen der Kahlbaum'schen Hebephrenie sich haltend, plötzlich das Auftreten einer ausgesprochenen Melancholie zeigt. Nach dem Abheilen der Secundärerkrankung tritt wieder das Verhalten der Degenerationspsychose ein. Zu I. können bestimmte typische Bilder nicht aufgestellt werden. Er führt absichtlich Fälle an über die sich streiten lässt.

Ein 24 jähriges gesundes lediges Dienstmädchen wird August 76 verwirrt aufgeregt, dann wieder stumm, unbeweglich, abwechselnd laut; hört Männer-Stimmen von unten herauf. Andere machen die Schlechtigkeiten, sie müsse den Namen dazu hergeben. Anfang 77 Verfolgungsideen, dann dauernde gleichmässige maniacalische Verstimmung. Auf der Höhe der Manie treten die Gehörstäuschungen zurück, dann wieder zorniger Affect, heftiges Weinen bedingt durch Wiederkehr der Sinnestäuschungen. Während 78 abwechselnd Manie mit heftigen Affecten. Schliesslich chronisch, Verwirrtheit, schwachsinniges Gemisch von Verfolgungsideen bei mässiger Ideenflucht.

Die dauernde maniacalische Verstimmung resultirt hier nicht aus dem Inhalt der widrigen Sinnestäuschungen, die Stimmung hätte im Gegentheil melancholisch sein müssen. Einfache Manie mit Sinnestäuschungen kann man den Fall nicht nennen, denn die Sinnestäuschungen und die daraufhin bereits deutlich sich ausbildende Verrücktheit bestanden eine ganze Weile, ehe sich die Manie als logisch nicht motivirte Stimmungsanomalie „in selbstständiger Weise" hinzu gesellte. Also combinirter Process.

Bei der zweiten Beobachtung tritt in einem bereits von schwerer organischer Erkrankung befallenem Gehirn (unehelich, Mutter krank, starb geistesschwach im Spital; lues), acute Manie auf, welche nach einiger Zeit abheilt. Jetzt besteht eine Zeit lang der atro-

phische Process allein fort, zunehmende geistige Schwäche, Lähmungserscheinungen. Darauf zeigt sich ein Recidiv der Manie den psychischen Symptomen entsprechend vereinfacht. Nach dem Abklingen der Manie, Blödsinn u. Paralyse, Tod.

Zu II. giebt Verf. folgenden Fall.

Eine 68 jährige Bauerfrau, Vatersbruder und Bruder geisteskrank, gesund, vor 20 Jahren 3 Jahre melancholisch. Jetzt wieder Melancholie, neben den Angstzuständen, aber noch das Gefühl „des Schwatzens in ihrem linken Auge.“ „Es ist gerade, als ob zwei Männer in dem linken Auge sässen und schwatzten :, du bist verloren, du kommst in das höllische Feuer p. p. die Intelligenz hat nicht gelitten. —

Hier also Melancholie mit dem Schwatzen, ein Symtomencomplex den man nur mit Verrücktheit bezeichnen kann. Passte der Inhalt der Sinnestäuschungen nicht so gut psychologisch in den Rahmen der Melancholie würde die Frage, ob zwei Affectionen vorhanden sind, leichter zu entscheiden sein.

Neuendorff, (Sonnenstein).

---

60) **Hozten** (Bremen): Gutachten über die Ursache der Geistesstörung des Maurerlehrlings Johann H. L. aus W.

(Friedreichs Blätter, 30. Jahrg. 5. Heft.)

Der 17 bis 18jährige Lehrling stammt aus gesunder Familie. Seine Mutter ist vor 16 Jahren, während sie ein Kind säugte, angeblich in Folge von Schreck geistig erkrankt, nach 5 Monaten geheilt aus der Anstalt entlassen worden und seitdem gesund geblieben. Der gesunde intelligente Knabe, seit 3 Jahren in der Lehre, hat nie in geistigen Getränken excedirt. Am 5. Mai betrinkt er sich bei einem Zechgelage, doch sind über den Grad der Berauschung die Zeugenaussagen verschieden. Er erinnert sich aller Vorgänge des fraglichen Abends bis zu dem Zeitpunkte seiner Misshandlung welche darin bestand, dass er mehrere Male mit der Faust auf den Kopf geschlagen, sodann stark am Halse gedrückt und endlich mit dem Kopfe so heftig gegen eine Bretterplanke geschleudert wurde, dass dieselbe dröhnte; Er blieb eine Zeit lang regungslos liegen, wurde dann emporgerichtet, wobei er sich etwas half, war ängstlich und bestürzt, wurde zuerst geführt und ging dann nach 100 Schritten allein nach der 5 Minuten entfernten Behausung. Die Mutter schöpfte Verdacht, dass er angetrunken sei und versuchte am anderen Morgen um 6 Uhr vergeblich ihn zu wecken. Er schlief bis 10, war dann munter und zeigte Apetit; er sprach verständig und klagte nicht über Kopfweh, schlief jedoch in den folgenden Nächten schlecht. Am 7. und 8. ging er zur Arbeit, war niedergeschlagen und sah schlecht aus. Auf dem Arbeitsplatze führte er sonderbare Reden, lachte öfters in sich hinein und vergass Aufträge auszuführen. Am 8. Abends erklärte er, nicht mehr zur Arbeit gehen zu wollen, gibt aber seiner Mutter keinen Grund an, ebenso am 9. Morgens, an welchem Tage er einen wirklichen Tobsuchtsanfall bekam. Am 10. und 11. Besserbefinden. Dann neue Ausbrüche

heftiger Erregung die zur Folge haben, dass er nach der Irrenanstalt verbracht wurde. Hier zeigt er wilde Ideenflucht. Nachdem die Mutter von den Misshandlungen erfahren, findet sie eine Beule am behaarten Kopf, die später nicht mehr bemerkt wurde. Unterm 11. Mai schildert der Irrenarzt den Zustand als heitere, maniakalische Erregtheit. Vom 20. Mai ab allmählige Beruhigung anscheinende Rekonvalescenz. In einem Gutachten vom 20. Mai erklärte der behandelnde Arzt, dass L. an Manie leide, deren ursächlicher Zusammenhang mit etwa erlittenen Kopfverletzungen nicht nachzuweisen sei, dass aber bei wahrscheinlicher erblicher Disposition den Ausgangspunkt der Krankheit ein trunkfälliger Excess bilde. Dem gegenüber gelangte Verfasser in einem vorläufigen Gutachten vom 27. Mai zu der Ueberzeugung, dass die Geistesstörung L. wahrscheinlich eine Folge der erlittenen Kopfverletzungen sei, und gibt auf Grund dessen ein definitives, motivirtes Gutachten darüber ab, ob der Maurerlehrling L. in Folge der Misshandlungen des Beschuldigten in Geisteskrankheit verfallen sei. (§. 224, Stgb.) Aus dem ausführlichen status praesens, führen wir an das L. für sein Alter noch etwas unentwickelt sich zeigt, dass weder Schädel noch Gesicht Degenerationszeichen tragen, die für erbliche Belastung sprächen. Er klagt über häufige Benommenheit und Vergehen der Gedanken; auch ermüdet in der Unterhaltung seine Aufmerksamkeit und Fassungskraft sehr rasch; er erröthet dann, seufzt viel u. ist ausser Stande, die Unterhaltung fortzusetzen. Auf die fühere Ueberproduktion der Ideen, bei welcher „Empfindungen und Bilder aus der ganzen Natur mit Gewalt auf ihn eindrangen, vor denen er sich nicht habe retten können," ist eine sichtliche, geistige Erschöpfung gefolgt. Das Gutachten stellt zunächst fest, dass L. bis zur Zeit seiner Erkrankung durchaus gesund gewesen sei und sich fleissig und ordentlich geführt habe. Die Zeichen reizbarer Schwäche des Nervensystems, welche bei erblich Belasteten fast stets vorkommen, fehlten bei L. ganz. Auch die Geistesstörung der Mutter könne nicht im entgegengesetzten Sinne geltend gemacht werden, da der Sohn bereits 3 Jahre alt war, als die Mutter erkrankte. Ihre Erkrankung sei durch den Zustand der Laktation und den Schreck genügend erklärt; die Ascendenten der Mutter aber seien gesund gewesen. Die Vorgänge bei Vererbung geistiger Erkrankungen anlangend, so kann in seltenen Fällen die gleiche Störung bei der Descendenz sich wiederholen, die bei den Ascendenten vorgekommen war. Oder der Prozess ist ein fortschreitend degenerativer, indem die Kinder schon früh in ihrem leiblichen und geistigen Habitus das Gepräge der Entartung zeigen. Beide Möglichkeiten sind im vorliegenden Falle mit Sicherheit auszuschliessen. Ferner wird festgestellt, dass L. weder krankhafte Intoleranz gegen geistige Getränke zeigte, noch einen pathologischen Rausch hatte, oder sinnlos betrunken war. Mit der Erblichkeit falle aber auch die Möglichkeit fort, dass der Rausch den Ausbruch der geistigen Störung könne veranlasst haben. Es blieben also auf dem Wege der Ausschliessung nur die Kopfverletzungen als einzige Ursache der Geistesstörung übrig. Das Gutachten resumirt jetzt in Kürze den Verlauf

der Erkrankung und bejaht sodann die Frage, ob wir ein Recht haben, diese Geistesstörung auf die Kopfverletzung zurückzuführen. Es sucht nur noch nachzuweisen dass Charakter und Verlauf der Geistesstörung L's mit den Ergebnissen der allgemeinen ärztlichen Erfahrung über Geistesstörungen nach Kopfverletzungen übereinstimmen. Danach bieten dieselben weder ein typisches Bild, noch einen gemeinsamen Verlauf dar, besitzen jedoch gewisse gemeinsame Züge, insofern sie entweder von Anfang an, oder nach einem kurzen Vorläuferstadium krankhafter Aufregung den Charakter primären Blödsinns darbieten und mit grosser Regelmässigkeit zu unheilbaren, geistigen Schwächezuständen, oft zu apathischem Blödsinn führen. Hiermit sei jedoch die Zahl der möglichen Krankheitsformen nach Gehirnverletzungen keineswegs erschöpft. So scheine es dem Verfasser, als ob leichte Kopfverletzungen eher zu Aufregungszuständen mit baldiger Genesung führen; Gleichviel ob sich im vorliegenden Falle an die kurze Manie unheilbarer Blödsinn anschliessen sollte, oder nicht, so existirten analoge Fälle in der medicinischen Literatur. Auch könne bei scheinbarer Genesung ein leichter Schwachsinn, sowie geringe Widerstandsfähigkeit des Gehirns zurückbleiben. Schliesslich gibt Verfasser sein Gutachten dahin ab, dass der Maurerlehrling L. in Folge der am 5. Mai erlittenen Misshandlungen in Geisteskrankheit verfallen sei und theilt noch mit, dass der Verletzte nach $^1/_4$ Jahr aus der Anstalt angeblich vollkommen geheilt entlassen wurde. In einer Nachschrift rügt Verfasser die Nichtberücksichtigung, sowie Bemängelung der von ihm erhobenen Thatbestandsergänzungen in einem im Juliheft der Vierteljahrschrift für ger. Med. über denselben Fall veröffentlichten Gutachten des Dr. Scholz, in welchem derselbe die Frage nach der traumatischen Entstehung der Geisteskrankheit verneint.

Landsberg (Ostrowo).

III. Verschiedene Mittheilungen.

61) **Aus Leipzig.** Herr Medicinalrath Dr. Voppel ist von der Direction Colditz zurückgetreten und nach hier übergesiedelt; ein *geeigneter* Nachfolger scheint noch nicht ernannt zu sein. —Auch die Direction unserer Irren-Siechenanstalt in *Hochweitschen* dürfte demnächst, wenigstens interimistisch, neu besetzt werden, da der Inhaber der Stelle, unser verdienstvoller **Max** Huppert durch schwere Erkrankung an der Fortführung behindert ist.

62) **Aus Paris** wird im Journ. des connaiss. medic. folgender Fall mitgetheilt:

Ein dem „habituellen Trunke" ergebener Mann stürzte sich in einem Anfall „maniakalischer Aufregung" auf eine alte Frau, nothzüchtigte sie und erdrosselte sie dann. Nachdem er die Leiche verlassen hatte, kehrte er wieder zur Leiche zurück und trägt sie nach einem Bache, in welchen er sie hinein wirft. Nach einer halben Stunde kommt er abermals zur Leiche

zurück, zieht sie wieder ans Land und schändet sie von Neuem. Darauf gelingt es den Verbrecher fest zu nehmen. Bei der Vernehmung zeigte er sich als ein ganz „verthierter Mensch“, der an das, was er gethan hatte, keine Erinnerung mehr haben wollte. Er wird zum Tode verurtheilt und das Todesurtheil auch vollzogen, *da er sich weigerte ein Gnadengesuch einzureichen.* — Dr. Evrard constatirte bei der Autopsie: „beträchtliche Gehirnläsionen, unter Anderem Verdickung und Adhäsion der Meningen an den Frontalwindungen.“

Es muss allerdings befremden, dass dieser Verbrecher, der ziellos und triebartig handelte und unzweifelhafte Zeichen einer gestörten Seelenthätigkeit darbot, bei dem man vergeblich nach einem Motiv zu der verbrecherischen That suchte, die ohne rechten Zusammenhang und mit Beiseitesetzung jeder Vorsicht gegen Entdeckung begangen wurde, mit der *schwersten* Strafe belegt werden konnte. Ob eine Exploration seines Geisteszustandes vorgenommen wurde, ist in der Mittheilung nicht angegeben. Jedenfalls aber sollte eine Untersuchung derartiger Verbrecher durch Sachverständige niemals unterlassen werden, damit nicht bei geisteskranken Verbrechern, oder doch geistig defecten und abnormen Menschen, die für ihre verbrecherische Handlungen nicht, oder doch nicht vollständig verantwortlich gemacht werden können, die schwersten Strafen in Anwendung kommen.

63) **Aus Lothringen.** Im Monat März wird mit der Ueberführung der 300 in Maréville untergebrachten Geisteskranken in die neuerbaute, aber noch nicht ganz vollendete *Lothringische Bezirks-Irrenanstalt bei Saargemünd* begonnen.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Königslutter, II. Assistenzarzt, 1000 M. fr. Station. 2) Merzig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 3) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 4) Eichberg (Rheingau), III. Hülfsarzt, sogleich, 900 M., fr. Station. 5) Halle a. Saale, (psychiatr. Klinik) a) II. Volontärarzt, 600—1200 M. fr. Station, b) Assistenzarzt. 6) Sigmaringen, Regierungs-Medicinalrath-Stelle. 7) Grafenberg (Düsseldorf), a) Assistenzarzt 900 M., fr. Station. b) Volontairarzt 600 M. fr. Station. 8) Stephansfeld-Hörde (Elsass), Assistenzarzt, 1. Januar 1880, 900 M., fr. Station. 9) Owinsk (Posen) 1) Assistenzarzt 2000 M.; 2) Volontairarzt, 1600 M., fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung und Wäsche. 10) Allenberg (Ostpreussen) Assistenzarzt 1200 M. bei freier Station. 11) Eberswalde, Volontairarzt, 1. Mai, M. 1050, fr. Stat. 12) Schleswig, Irrenanstalt, Director. 13) Hilburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei freier Station. 14) Altscherbitz, Volontairarzt, 1. April, 600 M., freie Station etc. 15) Dalldorf, Irrenanstalt-Assistenzarzt für die Siechenabtheilung, 1200 Mark bei freier Station, Meld. beim Curatorium der städt. Irr.-Anst, zu Dalldorf. 16) St. Urban (Canton Luzern), II. Arzt und stellvertr. Director. 17) Assistenzarzt an der Prov.-Irrenanstalt zu Halle. 18) Privat-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., freie Station. 19) Bezirks-Irrenanstalt Saargemünd, Assistenzarzt 1200 M., freie Station. Eintritt April oder Mai. 20) — Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig),

Bochum (Bochum), Bublitz (Cöslin), Erkelenz (Aachen), Hagen (Arnsberg), Labiau (Königsberg), Lueben (Liegitz), Mörs (Düsseldorf), Mogilno (Bromberg), Osterburg (Magdeburg), Schlochau (Marienwerder), Sensburg (Gumbinnen), Stuhm (Marienwerder), Tondern (Schleswig), Stadtkreis Trier (Trier), Wehlau (Königsberg), Mansfelder Landkreis (Eisleben).

Besetzte Stellen: Leubus, Irrenanstalt, Dr. Wähner, III. Arzt; Dr. Reinhard, Volontairarzt.

Ernannt: Dr. Hannstein zum Kreisphysikus des Kreises Westpriegnitz; Dr. Schulte zum Kreisphysikus des Kreises Warburg.

Todesfälle: Kreisphysikus Dr. Hengstenberg in Bochum, Geh. Sanitatsrath Dr. Gefroerer in Hechingen.

V. Anzeigen.

COBLENZ. DRUCK VON PH. WERLE.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. März 1880. Nro. 6.

INHALT.



I. Originalien.

Ueber eine noch wenig gekannte Form von vorübergehender Bewegungsstörung der unteren Extremitäten verbunden mit dauernder Taubheit bei Kindern.

Von Dr. A. SEELIGMÜLLER in Halle a. d. S.

Als im vorigen Herbst mir der erste Fall des obenbezeichneten Symptomencomplexes zur Untersuchung kam, war Herr Dr. Hessler, Assistent an der hiesigen Ohrenpoliklinik, den ich um die otologische Untersuchung des kranken Kindes gebeten, so freundlich mich auf die Darstellung aufmerksam zu machen, welche von Tröltsch in Gerhard's Handbuch der Kinderkrankheiten B. X. Abth. 2. pag. 183 davon giebt.

Wie mir selbst dieses Bekanntwerden mit einer neuen Form von Bewegungsstörung im Kindesalter sehr interessant war, weil ich immer wieder auf infantile Lähmungen stosse, welche in keines der bis jetzt bekannten Paradigmen hineinpassen, so hoffe ich das Interesse meiner Spezialcollegen zu erregen, wenn ich sie mit einer Neurose bekannt mache, welche sicherlich fast immer dem Ohrenspecialisten, viel seltener dem Neuropathologen zur Beobachtung und Behandlung kommen dürfte. Zunächst will ich die erwähnte Beobachtung und einen zweiten mir kürzlich vorgekommenen Fall mittheilen:

I. Beobachtung. Arthur Härtel, 3 Jahre alt, Böttcherskind, (untersucht am 9. Septbr. 1879) konnte vorzüglich laufen und hören, als er vor 3 Wochen eines Tages über die Beine klagte. Die Nacht darauf bekam er heftiges Fieber und furibunde Delirien, wobei er bald sang: la, la, la, bald ein wüthendes Geschrei ausstiess. So lag er drei Tage ohne Besinnung. Seitdem kann er weder gehen, noch stehen; auch wurde man alsbald darauf aufmerksam, dass er nicht hören konnte. Krämpfe fehlten. Da er bei jedem Aufheben schrie, liess man ihn liegen und so liess er Stuhl und Urin unter sich gehen. Nachdem aber das Fieber vorüber, wurde er wieder reinlich.

Das sehr kräftige Kind war so ungezogen und ungeberdig, dass von einer Untersuchung der Ohren zunächst nicht die Rede war. Mit grosser Energie wies er alle Annäherungsversuche zurück und so konnte nur Folgendes mit Sicherheit constatirt werden: Der Knabe kann die unteren Extremitäten nach allen Richtungen hin mit Kraft bewegen. Aber beim Versuche, ihn zu stellen, streckt er sie beide nach vorn. Die faradische Erregbarkeit ist normal. Nach der faradischen Untersuchung zu schliessen, dürfte das Schmerzgefühl normal sein. Kitzelreflexe sind von den Fusssohlen aus auszulösen; Patellarreflexe fehlen. An der Wirbelsäule liess sich nirgends etwas Abnormes constatiren; nur schien es, als ob die Brustwirbelsäule bei tiefem Druck empfindlich wäre. Ausserdem wurde complete Taubheit constatirt.

Bereits am 4. October konnte das Kind wieder ziemlich sicher laufen.

Anfang Februar 1880. Das Kind läuft ganz sicher. Die Taubheit ist dieselbe und hat bereits fast völlige Stummheit des blühenden Kindes zur Folge gehabt, dessen Intelligenz in keiner Weise geschädigt, dessen Beobachtungsgabe bedeutend geschärft erscheint. Die Untersuchung des Urins ergiebt keine Spur von Zucker. Auch eine Vermehrung des täglich ausgeschiedenen Urin-Quantums ist weder jetzt vorhanden, noch war sie es früher.

II. Beobachtung. Hermann Ziege, 4 Jahre alt, Arbeitersohn aus Sandersleben, der älteste von 3 Geschwistern, erkrankte am 14. Dezember 1879 unter Kopfschmerz und Erbrechen, an heftigem Fieber; am 2. Tage hatte er deutliche Nackenstarre. Nach etwa 8 Tagen (2 Blutigel hinter jedes Ohr, Eisblase, Ricinusöl) trat Nachlass aller Erscheinungen ein; jetzt aber erst wurde die hochgradige Schwerhörigkeit resp. Taubheit bemerkt. Ob sie schon früher eingetreten, war bei der damals beträchtlichen Benommenheit des Sensoriums nicht zu entscheiden. Die Behandlung bestand in Anwendung von lauwarmen Kataplasmen und Ausspritzungen der Ohren, innerlicher Darreichung von Jodkalium. Eine mässige Parese der unteren Extremitäten, bei normaler Functionirung von Blase Mastdarm, ist so ziemlich geschwunden. Soweit der Krankenbericht des Herrn Dr. Thilo. Am 18. Januar, also etwa 4 Wochen nach Eintritt der Affection, fand ich folgenden Status praesens. Patient ist ein dicker, kleiner Stöpsel von ebenso blühendem und kräftigem Aussehen, wie sein durchaus gesunder Vater, der ebenso wenig wie die Mutter an Lues leidet. Appetit, Stuhl, Schlaf sind durchaus normal. Er kann nur gehen und stehen, wenn er sich anhält. Beim Gehen macht er nicht gerade den Eindruck des Schwindels, sondern nur den der Unsicherheit, indem er beide Füsse ziemlich breitspurig aufsetzt. Bei verbundenen Augen schwankt er nicht auffallend mehr als bei offenen. Von einer Veränderung der electrischen Erregbarkeit war nichts nachzuweisen; ebensowenig von einer Gefühlsstörung in beiden Beinen. Kitzel- und Patellarreflexe sind vorhanden.

Es besteht auf beiden Ohren complete Taubheit.. Das rechte Trommelfell ist nur etwas getrübt und stark injicirt; der Lichtreflex aber deutlich erhalten; das linke ist stärker getrübt, ohne Injection und ohne Lichtkegel. Nach Dr. Hessler sind diese Veränderungen am Trommelfell wahrscheinlich als artificielle, durch die Einspritzungen etc. hervorgerufen zu deuten. Interessant sind die subjectiven Gehörsempfindungen, welche er zuweilen äussert. Bald hört er das Quieken eines Schweines, welches wie er meint, auf der Nachbarschaft geschlachtet werde, bald Musik, bald das Schreien eines Bruders, welcher gar nicht zu Hause ist. Am 24. Januar, wo ich das Kind wieder sah, hatte sich die Sicherheit beim Gehen sehr gebessert, die Trommelfelle aber fand Herr Dr. Hessler vollkommen normal.

Die beiden von mir mitgetheilten Beobachtungen stimmen mit dem Krankheitsbild, welches Voltolini, Toynbee und v. Tröltsch entworfen haben, durchaus überein. Joseph Toynbee hebt in einem Aufsatz „Gehirnsymptome bei gewissen Ohraffectionen", welchen v. Tröltsch im Archiv für Ohrenkeilkunde IX. pag. 61.

1868 referirt hat, während des Excitationsstadiums die ausserordentlich grosse Unruhe und Aufregung der Kinder hervor, welche sich fortwährend im Bett hin- und herwerfen und Alles von sich reissen, nicht selten unter heftigem Schreien und Toben. In dieser Weise verlief das Excitationsstadium in unserer 1. Beobachtung, wo das Kind bald sang, bald brüllte. Etwas ähnliches beobachtete auch Reichel in dem von ihm (Berlin, klin. Wochenschr. 1870. Nro. 25) ausführlich mitgetheilten Falle. Nach Toynbee begleiten Krämpfe und leichte vorübergehende Lähmungserscheinungen in den Extremitäten die meisten Fälle. Nach den übrigen Autoren sollen Krämpfe fehlen, so auch wurden sie bei meinen Kranken weder vor noch nach dem Insult beobachtet.

Sollen wir die Entstehung und den Verlauf unserer Affection noch einmal kurz zusammenfassen, so haben wir folgendes Krankheitsbild: Ein Kind, welches bereits gut sprechen und in normaler Weise hören konnte, erkrankt unter heftigem Erbrechen und ausgesprochenen Fiebererscheinungen, welche mit Delirien und schliesslich mit comatösen Zuständen einhergehen. Kommt es nach 8 Tagen, selten früher, wieder zum vollen Bewusstsein, so wird es bald klar, dass das Gehör auf beiden Ohren vollständig verloren gegangen ist, während subjective Gehörsempfindungen von Musik etc. häufig sind. Als zweites auffälliges Symptom erscheint beim ersten Auftreten des Kindes ein in hohem Grade unsicherer taumelnder Gang. Sowohl beim Stehen, wie beim Gehen, was anfangs ohne Unterstützung geradezu unmöglich ist, setzen die Kinder die Beine in breitspuriger Stellung auf und zeigen fortwährend die Neigung nach vorn über zu fallen. Verbinden der Augen schien in meiner zweiten Beobachtung diese Störungen nicht wesentlich zu steigern. Von eigentlichen Lähmungserscheinungen in den unteren Extremitäten ist nicht die Rede. Diese Bewegungsstörung bessert sich auffällig schnell und ist spätestens nach 6 Wochen vollständig verschwunden. Die Taubheit dagegen bleibt unverändert und bringt sehr schnell auch Stummheit, also zusammen Taubstummheit hervor.

Die *Therapie* hat, da die Bewegungsstörung sich in allen bis jetzt beobachteten Fällen in wenigen Wochen von selbst verlor, ihre Aufgabe lediglich in der Behandlung der Taubheit zu suchen. Leider harrt diese Aufgabe noch ihrer Lösung; da, wie es scheint, in sämmtlichen bislang beobachteten Fällen alle Heilbestrebungen der Ohrenärzte durchaus erfolglos blieben. Ob eine galvanische Behandlung, wie ich sie seit kurzem bei dem ersten Kinde eingeleitet habe, auf Erfolg zu rechnen hat, müssen fortgesetzte Versuche lehren.

Leider liegen bis jetzt sichere Auskunft gebende Untersuchungen über die Localisation des beschriebenen Symptomencomplexes nicht vor. Indessen fehlt es nicht an Hypothesen, welche zum Schluss hier noch eine kurze Erwähnung finden sollen.

Bereits im Jahre 1867 hatte Voltolini (Die acute Entzündung des häutigen Labyrinths, gewöhnlich irrthümlich für Meningitis gehalten, Monatsschr. für Ohrenheilk. I. 1867) auf den vorliegenden Symptomencomplex aufmerksam gemacht und denselben anatomisch auf eine

Labyrinthaffection zurückgeführt. Böke (Ueber totale Taubheit bei Kindern in Folge von Erkrankung des Centralnervensystems, Wien. med. Presse 1871 Nro. 6 7 u. 8.) war dagegen geneigt, eine Erkrankung an der Ursprungsstelle des N. acusticus anzunehmen, in deren Folge die Fasern desselben dauernd verändert werden. Derselben Ansicht huldigt v. Tröltsch in der Darstellung der Affection in Gerhard's Handbuch der Kinderkrankheiten l. c. Nach einem längeren Raisonnement entscheidet er sich für die Annahme eines im vierten Hirnventrikel oder doch auf dessen Boden, der Rautengrube und auf dessen Ependym localisirten Processes. Gegen die Annahme einer entzündlichen Labyrinth-Affection scheint ihm namentlich die constante Doppelseitigkeit der Taubheit zu sprechen, während sich diese aus einer irgend stärkeren acuten Desorganisation, insbesondere eiterigen Exsudation oder Infiltration am Boden des 4. Ventrikels, in der Nachbarschaft der Striae acusticae, als der Ursprungsstätte beider Hörnerven, sehr wohl erkläre. „Die weiteren Erscheinungen, die sog. Menière'schen Symptome, liessen sich unschwer aus der Reizung oder Zerrung erklären, welche die Hörnerven an ihrem zarten Ursprunge erleiden und welche wohl sicher auch auf den Labyrinthinhalt selbst perturbirend einwirken müsste.“ Schliesslich weist von Tröltsch darauf hin, wie gerade das Freibleiben des Facialis und das absolut isolirte Ergriffensein des Acusticus, welcher bald nach dem Verlassen der Rautengrube mit dem Facialis sich associirt, dafür spricht, den Ausgangspunkt unserer fraglichen Erkrankungsform vor der Aneinanderlagerung dieser beiden Nerven, also am Ursprunge des Hörnerven im 4. Ventrikel selbst zu suchen.

Obgleich ich selbst nun nicht in der Lage bin, die Frage nach der Localisation der vorliegenden Affection durch Sectionsbefunde zu entscheiden, so kann ich doch nicht umhin, gegen das Plaidoyer von Tröltsch's für die Localisation im vierten Ventrikel einige Bedenken zu äussern. Jedem vorurtheilsfreien Beurtheiler muss nämlich sofort die Frage auf die Lippen kommen: „Hatten die betreffenden Kranken während des Lebens Zucker im Urin?“ Denn auch der neueste Schriftsteller über Localisation im Gehirn, Nothnagel, (topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten,) kommt bei Analyse der Erkrankungen des vierten Ventrikels pag. 511 unten zu dem Schluss „demgemäss würde als alleiniges Symptom, welches mit der Erkrankung des 4. Ventrikels in Verbindung zu bringen wäre, der Diabetes bleiben, und zwar nach den vorhandenen Beobachtungen sowohl der mellitus wie der insipidus.“

Aus diesem Grunde muss man es jedenfalls als einen Mangel in dem Raisonnement des Professor v. Tröltsch empfinden, dass dieser Punkt überhaupt keine Besprechung gefunden hat. Was aber die übrige Literatur anbetrifft, so habe ich darin, soweit sie mir zugänglich war, ebenfalls nach bezüglichen Untersuchungen auf Diabetes vergeblich gesucht. Was schliesslich meine beiden Beobachtungen anbelangt, so habe ich nur in der zweiten und zwar erst 5 Monate nach Eintritt der Taubheit den Urin untersucht und zuckerfrei gefunden; auch von einem Diabetes insipidus war bei diesem

Kinde niemals die Rede. Jedenfalls muss es sehr wünschenswerth erscheinen, dass namentlich in jedem frischen Falle die Frage nach einem Diabetes mellitus oder insipidus in Zukunft nicht unbeantwortet bleibt. Denn wollte man mir entgegenhalten, was Nothnagel l. c. weiter sagt: „Auffallend ist es allerdings, dass oftmals Diabetes, trotzdem ausdrücklich darauf untersucht wurde, bei Erkrankungen des Bodens des 4. Ventrikels vermisst wurde“ so gebe ich zu erwägen, dass dieses Dictum sich zunächst auf Geschwülste bezieht, welche sehr wohl auf einen umschriebenen Theil der Rautengrube localisirt bleiben und darum den lieu de piqûre frei lassen können. Dies ist aber viel weniger wahrscheinlich bei einer höchst acut auftretenden Entzündung des Ependyms, welche sich schwerlich auf die Striae acusticae allein beschränken dürfte. Auffällig müsste es ferner erscheinen, wenn der Entzündungsprocess in allen Fällen niemals über das Ependym hinaus in die Tiefe dringen und Laesionen der grauen Kerne des Facialis und anderer Hirnnerven setzen sollte. Dies meine Bedenken gegen die Hypothese des Professor v. Tröltsch. Möchten recht bald unanfechtbare Sectionsbefunde uns über alle Hypothesen hinaus zu der Gewissheit einer anatomischen Diagnose verhelfen!

II. Referate.

64) **Byrom Bramwell:** The Differential diagnosis of Lead Encephalopathy and Intra-Cranial-Tumours.

(Edindburgh' medical Journal 1879. Dezember.)

Verf. hatte häufig Gelegenheit, Bleivergiftungen zu beobachten, und fand, dass die schwereren Formen derselben, besonders, wenn das acute Stadium vorüber war, ganz ähnliche Symptome wie die intracraniellen Tumoren darböten. Die Erscheinungen treten meist acut auf, als heftiger Kopfschmerz, Erbrechen und theils epileptiforme, theils hysteroepileptische Krämpfe. Dazu tritt im acuten Stadium häufig Geistesstörung mit oft hochgradiger Aufregung. Ausserdem kommen Sehstörungen vor, die Pupillen sind erweitert, manchmal ist convergirendes Schielen vorhanden, und doppelseitige Neuritis optica. Der Ausgang ist meist in Heilung.

Zur Beleuchtung der Differentialdiagnose gibt Verf. 4 Krankengeschichten.

I. Eine 30 jährige Bleiarbeiterin, welche schon zehn Anfälle von Bleiintoxication, doch ohne Kopfsymtome, gehabt, fand 12. VIII. 75 wegen Kopfschmerz, Erbrechen und Convulsionen Aufnahme. Die Convulsionen waren heftig und betrafen beide Körperhälften. Ausserdem fanden sich Bleisaum, Bleikolik, Bleilähmung der Hand, beiderseitiges convergirendes Schielen, doppelseitige Neuritis optica; Verwirrtheit und Eiweissgehalt des Urins. Pat. wurde ungeheilt am 1. IX. von den Angehörigen aus der Behandlung genommen.

II. Ein 29 jähriger Bleiarbeiter, der 9 Monate gearbeitet und noch keinen Intoxicationsanfall durchgemacht hatte, erkrankte an Kopfschmerz, Erbrechen, Convulsionen und Schielen und war län-

gere Zeit in halb-comatösem Zustand. Früher war Pat. syphilitisch gewesen. Pupillendifferenz, Abschwächung des Sehvermögens, doppelseitige Neuritis optica, Bleisaum an dem Zahnfleisch waren noch vorhanden. Behandlung bestand in Jodkaligaben. Drei Tage nach der Aufnahme 18. X. 75 bekam Pat. einen eptileptiformen Anfall, gefolgt von einem äusserst heftigen Aufregungsstadium bei aufgehobenem Bewusstsein. Es folgte ein weiterer Krampfanfall, dann Wechsel von wilden Delirien und tiefem Schlaf, am 21 ten trat Coma ein und Tod. Die Section ergab: Verdickung des Stirnbeines besonders rechts; Verdickung und Trübung der weichen Häute, Abplattung der Gyri; Hirnsubstanz trocken und zäh; Hirngewicht $57^1/_2$ Unzen = 1782 Gramm.

III. Eine 17 jährige Arbeiterin, seit 18 Monaten beschäftigt, begann 3 Wochen vor der Aufnahme über Kopfschmerz und Erbrechen zu klagen; nach zwei Wochen bekam sie einen Ohnmachtsanfall mit nachfolgender Erblindung. Bei ihrer Aufnahme wurde Bleisaum am Zahnfleisch, Verstopfung, völlige Blindheit, doppelseitige beträchtliche Neuritis optica und doppelseitiges convergirendes Schielen constatirt. Kranke klagte ferner über ein Gefühl von Blasen im Kopfe. Behandlung bestand aus Darreichung von Laxantien und Jodkali; und später Hinzufügen von Tinct. nuc. vomicar. Nach Verlauf von 3 Monaten wurde sie bedeutend gebessert entlassen und genas wieder.

IV. Ein 18 jähriges Mädchen war, seitdem es vor 3 Jahren Bleiarbeiterin wurde, nie mehr ganz gesund. 1875 bekam sie Anfälle von Krämpfen mit Bewusstlosigkeit, blieb einen Monat lang besinnungslos, und litt dann an Verdunkelung des Gesichtsfeldes. Am 6. IX. 76 aufgenommen zeigte sie den Bleisaum; doppelseitigen Strabismus convergens, erweiterte, träge Pupillen und beiderseitige Sehnervenatrophie und klagte über Kopfschmerz und Erbrechen. Durch Jodkali und Tinctura nuc. vomic. wurde beträchtliche Besserung des Befindens erzielt; die Sehstörung blieb jedoch.

Für die Differentialdiagnose macht Verf. schlieslich auf folgende Puncte aufmerksam: Die Anamnese ergiebt öfters schon vorhergegangene Anfälle, die Beschäftigung des Kranken ist natürlich von Wichtigkeit, ferner ist auf Bleisaum des Zahnfleisches wie auf die übrigen Symptome von Bleiintoxication zu achten.

Karrer (Erlangen).

---

65) Sigrist: Ueber den Einfluss des Electrisirens der Leber auf die Harnstoffausscheidung.

(Wratsch, russisch, 1880. Nro. 2.)

In Fällen von Degenerationen oder Atrophieen der Leber fand man häufig die Harnstoffausscheidung vermindert, ja bisweilen ganz aufgehoben (Frerichs und Staedeler, Stokirs und Heynsius). Dies führte zur Annahme, dass in der Leber Harnstoff gebildet wird. — Vom Gedanken ausgehend, dass eine leichte Reizung der Leber mit nachfolgender Hyperämie alle ihre Functionen erhöhen muss, also auch die etwaige Harnstoffbildung, unternahm Verf.

eine Reihe von Versuchen an gesunden Menschen. Die Versuchspersonen wurden mehrere Tage auf Milchdiät gesetzt bis die Schwankungen der täglichen Harnstoffmenge nicht mehr als ein Gramm betrugen, dieselbe Diät wurde während der Dauer der Versuche eingehalten. Es wurden sowohl der galvanische wie der faradische, schwache und starke Ströme benützt. Eine (feuchte) Electrode wurde stabil in die Magengrube gestellt, die andere wanderte in der Lebergegend umher, nach Möglichkeit Contractionen der Bauchmuskel vermeidend. — Es wurde ausser der täglichen Harnstoffmenge auch die Zahl der rothen Blutkörperchen bestimmt und zwar 10 Min. vor und 10 Min. nach der Sitzung, nach der Methode von Malassez. Verf. fand nun, dass nach allen Versuchen — an 7 Personen — die tägliche Harnstoffmenge bedeutend stieg, um das $1^1/_2$ — $2^1/_2$ fache, während die Harnmenge ungefähr dieselbe blieb. Die Zahl der rothen Blutkörperchen war nach der Sitzung immer bedeutend höher als vor der Sitzung. Ein Parallelismus zwischen dem Verhalten der Blutkörperchen und des Harnstoffes konnte nicht festgestellt werden. — Bei Controlversuchen, Faradisation der Milzgegend, der Bauchpresse, der Wirbelsäule, wurde eine Vermehrung der täglichen Harnstoffmenge nur um einige wenige Gramme gefunden. Es wird also allerdings in der Leber Harnstoff gebildet, andererseits zeigt die Arbeit, welchen mächtigen Einfluss der Electrotherapeut auf den Stoffwechsel ausüben kann.

Buch (Ishewsk).

---

66) **Sturmer A. J.**: 1. Compound depressed fracture of frontal bone etc.

(The Lancet. 1879. 22. XI.)

2. Compound fracture of right superior and inferior maxillae with compound depressed fracture of skull and hernia cerebri; recovery. Ashton-Under-Ligne. District Infernary.

(ibidem.)

3. Cases of fracture of the base of the skull. Midlerex Hospital. Dr. Hulke.

(The Lancet. 8. und 22. XI.)

1. Sturmer gibt die Krankengeschichte eines Mädchens, welches nach einem Sturz in einen 30′ tiefen Brunnen, am 22. XII. 76 Aufnahme in das Krankenhaus zu Madras fand. Pat. war bei der Aufnahme ganz bewusstlos, die Extremitäten kalt, von Zuckungen befallen, rechte Pupille erweitert, linke ganz eng, der Puls aussetzend; Erbrechen war aufgetreten. Am rechten äusseren Augenwinkel fand sich eine Hautwunde, darunter ein Splitterbruch des Stirnbeins mit Depression. Mit Trepan und Säge wurde ein dreieckiges Knochenstück entfernt; dann Eis applicirt. Der weitere Verlauf war, in Kürze referirt, folgender:

30 Tage lang war Pat. völlig empfindungslos; in der ersten Zeit lag sie in Coma. Das Verhalten der Pupillen wechselte; die Augen wurden zeitweise nach links gerollt; in den linken Extremitäten besonders im Beine waren unaufhörlich Bewegungen auf und ab, das rechte Bein lag ausgestreckt, der rechte Arm war ge-

beugt und rigid; der Mund nach links verzogen; Zähneknirschen wurde auch eine Zeit lang beobachtet. Stuhlgang erfolgte nur nach Medicamenten oder Klystieren. Kranke war immer ruhelos, rollte sich immer von einer Seite zur andern. Am 20. Januar sprach Pat. zum erstenmale, wenn auch noch unverständlich. Von nun an kam sie mehr und mehr zu sich; längere Zeit noch bestand rechtsseitige Ptosis, und die Zunge wich nach rechts ab; der rechte Arm blieb noch bis Ende Februar rigid. Die Temperatur des linken Beines war höher als die des rechten. Die Körpertemperatur bewegte sich während des Verlaufs in den Grenzen von 37,0 bis 38,3. Am 5. IV. wurde Patientin in häusliche Pflege entlassen; die Besserung machte rasche Fortschritte.

2. Ein 28jähr. Ziegelarbeiter hatte eine grosse Gesichtswunde, von der Nase bis zum Ohre rechts, erlitten, ferner einen Splitterbruch des rechten Oberkiefers, Bruch des Process. coronoid. des Unterkiefers, Bruch des Schläfenbeines mit Depression und eine Hirnhernie von Erdbeergrösse. Die Bruchstücke wurden möglichst in die richtige Lage gebracht, das vorgetretene Hirnstück aber abgeschnitten. Es erfolgte gar keine Reaction. Pat. verlor nie das Bewusstsein, fieberte nie, zeigte keine Lähmungserscheinungen und wurde nach einmonatlicher Krankheitsdauer genesen entlassen.

3. Von den angeführten fünf Fällen endeten zwei mit Tod, der eine durch Complication mit Rippenbrüchen, der andere durch diffuse Meningitis. Hier war durch einen einfachen Fall mit dem Hinterkopf aufs Pflaster wahrscheinlich im epileptischen Anfalle ein ausgebreiteter Schädelbasisbruch entstanden und der Tod am 7. Tage eingetreten.

Drei Fälle verliefen günstig.

a) Ein 6jähriger Knabe war aus dem zweiten Stockwerke aufs Pflaster gefallen. Blutung aus dem linken Ohre und nach Aufhören derselben seröser Ausfluss; Schlafsucht Convulsionen im rechten Arm; öfteres Würgen waren die beobachteten Erscheinungen. Heilung innerhalb 6 Wochen.

b) Der zweite Fall betraf einen Knaben, welcher beim Spielen auf das Kinn stürzte. Nach kurzer Betäubung kam er zu sich. Hirnerscheinungen traten nicht auf; wohl aber bestand 5tägige Blutung aus beiden Ohren und länger andauernde Schwerhörigkeit.

c) Beim dritten Falle wurde, wie bei den andern, aus der Ohrblutung auf Schädelbasisfractur geschlossen nach einem Sturze über ein paar Stufen rückwärts auf das Pflaster. Anfängliche Bewusstlosigkeit, dann ziemlich tiefer Stupor, Erweiterung der linken Pupille waren hier die Erscheinungen von Seite des Hirns.

Karrer (Erlangen).

---

67) Prof. **A. Tamburini**: Epilepsie mit linksseitiger Hemiatrophie.

(Riv. speriment. di freniat. 1879, III.)

Ein 45jähriger schwachsinnger Mann litt seit seiner Kindheit an epileptischen Anfällen. In den letzten Jahren waren nach den Anfällen heftige Aufregungszustände eingetreten. Die Anfälle wie-

derholten sich in unregelmässigen Perioden, waren aber im Verlaufe der zwei letzten Lebensjahre bedeutend häufiger, begannen immer in den Fingern der linken Hand, und blieben häufig auf die obere linksseitige Extremität beschränkt, während sie sich in anderen Fällen über die ganze linke Körperhälfte, oder auch über den gesammten Körper verbreiteten.

Leichte Facialisparese linkerseits, Atrophie der Knochen und Muskeln, sowohl am Rumpf, als an den Extremitäten der linken Seite, besonders ausgesprochen am Arm; letzterer gelähmt, contracturirt; Sprache sehr erschwert, jedes Wort wird durch eine Reihe unarticulirter Laute eingeleitet und häufig gleich nach der ersten Sylbe abgebrochen, diese oftmals wiederholt und dgl.

Der Kranke starb nachdem er über heftigen Kopf- und Ohrenschmerz an der rechten Seite geklagt hatte, im Status epilepticus.

Die Section ergab eine beträchtiiche Atrophie der rechten Grosshirnhemisphäre. Während die Circumferenz der linken Hemispähre 225 Mm. betrug, entfielen auf die rechte bloss 185 Mm. Subarachnoidale eitrige Exsudationen, besonders rechterseits. Von den Windungen der rechten Hemisphäre erschienen vorzüglich die hintere Centralwindung, die oberste Temporalwindung, sowie das untere Parietalläppchen und der hintere Theil der unteren Stirnwindung nicht bloss atrophisch, sondern auch sehr stark sklerosirt; die Inselwindungen fehlten vollständig, Sklerose des Ammonshornes, beträchtliche Verkleinerung und Sklerose des rechten Thalamus opticus. Gewicht der linken Hemisphäre 510 Gramm, der rechten Hemisphäre 260 Gramm (im Originale wohl irrthümlicher Weise umgekehrt angegeben Ref.) Gesammtgewicht des Gehirnes 930 Gramm. Auch die Grosshirnschenkel und die Brücke der rechten Seite liessen, ebenso wie die Pyramiden der linken Seite die Atrophie und Sklerose erkennen, während sich am Kleinhirn nichts Abnormes vorfand. Eine Verkleinerung der linken Rückenmarkshälfte konnte besonders deutlich in der Cervical- und Dorsalregion constatirt werden.

Die mikroskopische Untersuchung wies in den sklerosirten Partieen Vermehrung des Bindegewebes, stellenweise Amyloidkörperchen und zahlreiche lymphoide Körperchen um Gefäss und Ganglienzellen nach.

In einer ausführlichen Epikrise werden die einzelnen pathologisch-anatomischen Befunde dieses Falles auf die daraus resultirenden Erscheinungen bezogen. Wir wollen nur einige wenige Punkte hervorheben.

Die Atrophie des Thalamus bringt T. in der Weise in Verbindung mit der Atrophie der motorischen Hirnrindenstellen und des Hirnschenkels (bei Mangel jeder sensorischen Störung) dass er annimmt, es würden die motorischen Bahnen, welche sich zu den Extremitäten der anderen Seite, besonders aber zu den oberen, begeben, durch den Thalamus hindurchgehen, sei es, dass dieser eine einfache Durchgangsstation darstellt, oder aber ein wirkliches secundäres motorisches Centrum, abhängig von den psychomotorischen Rindencentren darstellt. —

Hinsichtlich der Sklerose des Ammonshornes ergibt eine Zusammenstellung von von 272 Epileptikern, dass in 60 Fällen (22%) eine solche nachzuweisen war.

Die Vermehrung der weissen Blutkörperchen um die Gefässe und Zellen beweist den entzündlichen Vorgang im Gehirne.

Obersteiner (Wien).

---

68) **R. H. Saltet:** Bejdrage tot de Kennis van de Werking van het Arsenig zuur of den gesonden Mensch.

(Academisch Proefschrift. Leiden 1879, 54 S.)

Die grosse Bedeutung als Nervinum, welche der *arsenigen Säure* neuerlich wieder zugeschrieben wird, mag einige Worte über die citirte Arbeit an dieser Stelle rechtfertigen. Der Verf. hatte die Absicht den Einfluss des Arsengebrauches auf den Stoffwechsel des gesunden Menschen zu studiren. Zu diesem Behufe unterzog er sich selbst durch 43 Tage einer sehr strengen Lebensweise, nahm nur genau abgewogene Mengen einer brühartigen Nahrung zu sich und bestimmte ausser seinem Gewichte und der Körpertemperatur täglich die ausgeschiedene Harnmenge, und die darin vorkommenden Quantitäten von Harnstoff, Chlor, Schwefelsäure und Phosphorsäure. Inmitten der Versuchszeit nahm er durch 12 Tage arsenige Säure und zwar von 0,005 bis zu 0,010 Gramm ansteigend. Am 12. Tage bekam er leichte Intoxicationserscheinungen, wesshalb er mit dem Arsen aussetzte.

Die gewonnenen Resultate sind leider nicht der darauf verwendeten Mühe entsprechend. Die Differenzen in den erwähnten Ausscheidungen scheinen sich mehr, im Beginne des Versuches von der veränderten Lebensweise, am Schlusse von einem länger andauernden Unwohlsein, beeinflusst worden zu sein, als direkt von dem Arsengebrauch. Ein ganz geringes Fallen der Schwefel- und Phosphorsäure - Ausscheidung während des Arsengebrauches war vielleicht noch das constanteste Symptom. Erwähnenswerth ist die ausführliche Uebersicht über die einschlägige Literatur, die der Verf. seinen eigenen Untersuchungen vorausschickt.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

69) **Debove:** Note sur l'ataxie locomotrice fruste (Douleurs fulgurantes sans incoordination motrice).

(Communication faite à la société médicale des hopitaux dans la séance du 27. Juni 1879.)

Eine Frau, 45 Jahre alt, starb an den Folgen einer Insufficienz der Mitralis. 5 Jahre vorher wurde sie von sehr heftigen Schmerzanfällen mit *blitzähnlichem* Character in den Beinen befallen, die in unregelmässigen Perioden ohne nachweisbare Ursache auftraten. Ausserdem bestand noch ein Gefühl von Constriction an der Basis des Thorax (douleurs en centure) und vor sechs Monaten eine Ptosis des linken Auges, welche innerhalb 3 Wochen beseitigt war. — Die Diagnose wurde trotz des Fehlens aller sonstigen Erscheinungen, besonders der Coordinationsstörungen auf Tabes dor-

salis gestellt, welche durch die Autopsie bestätigt wurde. Es muss angenommen werden dass in den meisten Fällen die Periode des fulguranten Schmerzes, der oft sehr lange Zeit als einziges Symptom bestehen kann, das Anfangsstadium der ataxie locomotrice darstellt. *Autopsie.* Bei der Untersuchung mit unbewaffnetem Auge constatirte man eine *leichte graue Färbung der Hinterstränge* und bei der mikroskopischen Untersuchung wurden die für die graue Degeneration der Hinterstränge characteristischen Veränderungen gefunden. In der *Lumbarregion* sind die Hinterstränge in der ganzen Dicke erkrankt und breitet sich die Degeneration auch auf die hinteren Wurzeln und auf die innerste Parthie der Seitenstränge aus. In der *Dorsalregion* sind die äusseren (Burdach'schen) und die Goll'schen Stränge erkrankt, jedoch getrennt durch eine Parthie gesunder, oder doch nur wenig erkrankter weisser Substanz. Die Wurzeln sind ebenfalls afficirt. In der *Cervicalregion* sind nur die Goll'schen *Stränge* in der Nähe der Medianlinie befallen. — Die Meningen sind überall gesund. —

Deb. schliesst aus dem Sectionsbefund: 1) dass die Tabes dorsalis, wie Charcot annimmt, auf einer Erkrankung der äusseren (Burdach'schen) Stränge beruht und dass die Erkrankung der Goll'schen Stränge nur als eine *secundär* aufsteigende Degeneration anzusehen ist. 2) dass die Erkrankung der Seitenstränge von der Wurzelregion auf diese vorangeschritten ist, jedoch viel langsamer als auf die Hinterstränge. 3) dass die fulguranten Schmerzen und die Coordinationsstörungen durch dieselbe Affection der Hinterstränge hervorgerufen werden und dass erstere nicht abhängig sind von einer Erkrankung der Meningen. —

Halbey (Bendorf).

---

70) Die im Jahre 1879 publicirten wichtigeren Arbeiten über vergleichende Anatomie des Centralnervensystems der Vertebraten.

1. Arloing: Détermination des points, excitables du manteau de l'hémisphère des animaux solipèdes application à la topographie cérébrale. (Revue mens. 1879. 3. 11.) 2. Belloni: Ricerche intorno all'intima tessitura del cerevello dei Teleostei. (R. Acad. dincei. Vol. III. Maggio.) 3. Broca Recherches sur les centres olfactifs. (Revue d'Anthropologie 1879 pag. 385—455.) 4. Brühl Zootomie aller Thierklassen, Wien Hölder 11. 12. 13. Heft 5. Chudzinski F.: Anatomia porównawcza zwojów mozgowych. Paris 1878. 95 Seit. 9 Taf. (Referat in Revue d'anthropologie 1879.) 6. Duval: Sur l'origine réelle des nerfs cranieus (Journ. de l'anat. et de physiol. norm. et path. 1879). 7. Jeleneff A.: Histologische Untersuchung des kleinen Gehirns der Neunaugen (mélanges biologiques, T. X. 1879.) 8. Joldet et Blanchard: Sur des ligements spéciaux à la moelle épinière des Serpents. (Soc. de biologie 19 avr. 1879.) 9. Krueg J.: Ueber die Furchen auf der Grosshirnrinde der zonoplacentalen Säugethiere (Zeitsch. f. wissensch. Zool. XXXIII. B. pg. 595—672. 5 Taf.) 10. Loewe L.: Beiträge zur Anatomie und zur Entwicklungsgeschichte des Nervensystems der Säugethiere und des Menschen. I. B. Berlin 1880 folio 126 Seit. 18 Taf. 11. Owsjanni-

koff: Ueber die Rinde des Grosshirns beim Delphin und einigen anderen Wirbelthieren, nebst einigen Bemerkungen über die Structur des Kleinhirns. (Mem. de l'acad. imp. de Petersb. XXVI B.) 12. Pausch Beiträge zur Morphologie des Grosshirns der Säugethiere (Morpholog. Jahrbücher V. 47 S. 2 Taf.) 13. Retzius G.: Undersökning öfver cerebrospinalgangliernas nervreller (Nord. medic. Arkiv. 1879 4 B.) 14. Sanders A.: Contributions to the Anatomy of the central nervous system of vertebr. anm. (Philosophic. traumat. 1878. 42 S. VIII Taf.) 15. Tartufers: Leeminenze bigemine anteriori e il tratto ottico della talpe europea. (Rivista sperim. d. fren. 1879). 16. Wiedersheim: Ueber das Gehirn und die spinalartigen Hirnnerven von Amocoetes (Zool. Anzeigen 1879 Nro. 42) 17. Wilder. Notes on the anatomy of the cats brain (Amer. association for the advancement of Science 1879).

Auch im abgelaufenen Jahre haben die topographischen Verhältnisse der Grosshirnoberfläche der Säugethiere in verschiedenen Arbeiten eine eingehende Berücksichtigung erfahren.

Brühl (4) zeichnet und beschreibt Hirne der anthropoiden und ananthropoiden Affen; von ersteren ist das des Chimpanse, nach dem im Museum des Wiener zootom. Institutes befindlichen Praeparate, sehr detailirt untersucht und mitgetheilt. Er bedient sich fast ausschliesslich neuer oder wenigstens ungebräuchlicher Namen, von denen manche nicht glücklich gewählt erscheinen. Wenn er z. B. beim Menschen und bei den Affen die Centralfurche „fissura coronaris" nennt, so dürfte dies wohl der irrigen Meinung entspringen, oder könnte wenigstens zu dieser Meinung veranlassen, dass diese Furche der Coronarnaht des Schädels entspricht.

Sehr eingehend und auf zahlreiches Material gestützt ist die Arbeit von Chudzinski (5) dieselbe umfasst die Gehirne aller Säugethiere mit Ausnahme der Affen und des Menschen, welche letztere in einem zweiten Theile abgehandelt werden sollen. Er bespricht die verschiedenen Typen der Säugethiergrosshirne in der Weise, dass er bei jedem einzelnen Typus von den einfachsten zu den complicirteren Formen übergeht, und dabei das von Dareste ausgesprochene Gesetz durchzuführen trachtet, wonach in derselben Reihe den grösseren Thieren die windungsreicheren Grosshirne zukommen.

Arloing (1) geht von der richtigen Anschauung aus, dass eine Homologisirung der einzelnen Regionen an der Oberfläche des Grosshirns auf physiologischer Basis vorgenommen werden müsse. Er nimmt mit vollem Rechte an, dass jene Stellen der Hirnrinde bei verschiedenen Thieren, für welche die gleiche functionelle Bedeutung nachweissbar ist, als gleichwerthig anzusehen sind, und dass gewisse anscheinende anatomische Aehnlichkeiten leicht zu ganz irrigen Schlüssen verleiten können.

Er hat versucht an Einhufern (Eseln) diejenigen Stellen der Grosshirnrinde zu finden, welche für den electrischen (inducirten) Strom erregbar sind, und sie auf die durch frühere Versuche bekannten topographischen Verhältnisse an der Gehirnoberfläche anderer Säugethiere zu bezeichnen. Indem wir bezüglich der Einzelhei-



ten seiner Versuche auf das Orginal verweisen, genüge es hier auf folgende Punkte aufmerksam zu machen: Bei allen Säugethieren findet sich eine vordere und eine hintere unerregbare Zone; erstere ist beim Esel klein, letztere relativ ausgedehnt. Zwischen diesen beiden Zonen liegt die parietale, erregbare Zone. Blos bei den Primaten besteht auch unter der fissura Sylvii eine theilweise erregbare temporale Zone.

Bei seinen Versuchen über die Centren für das obere Augenlid fand A. beim Hunde an jeder Hemisphäre zwei nebeneinandergelegene aber vollkommen distincte Punkte; die Reizung des einen wirkt auf das Augenlid derselben Seite, die Reizung des anderen auf das Lid der anderen Seite. Ueber die Art und Weise wie diese beiden Centren (oder eigentlich im Ganzen vier) wirken, gestattet er sich kein Urtheil.

Krueg (9) behandelt in vorliegender Arbeit die Morphologie der Grosshirnrinde in ähnlicher Weise wie in seiner früheren Arbeit die Grosshirnoberfläche der Ungulaten (vgl. diese Zeitschrift 1879 pag. 296).

Er beschreibt als einzelne Furchen alle jene Furchenstücke, welche weder an einem foetalen Gehirn noch an einem solchen von irgend einem der verglichenen hierhergehörigen verwachsenen Thiere „überbrückt" gefunden werden. Wie die Entwicklungsgeschichte ergiebt, bedeuten nämlich die sogenannten „Uebergangswindungen" „Ueberbrückungen von Furchen," nicht eine höhere Ausbildung, sondern im Gegentheil ein Stehenbleiben auf der ursprünglichen Stufe der getrennten Furchen; dieses Stadium ist also das einfachere und darum der Beschreibung zu Grunde zu legen. —

Die Furchen unterscheidet er bezugs der Species als constante und accessorische, je nach dem sie bei jedem einzelnen Individuum einer Species vorhanden sind oder nicht. —

In Rücksicht auf die ganze Ordnung der Carnivoren unterscheidet K.:

1. *Grenzfurchen* (drei), welche histologisch differente Rindentheile gegen die übrige Hirnrinde abgrenzen; sie kommen allen Säugethieren, auch jenen mit fast glattem Gehirn, constant zu.
2. *Hauptfurchen* (neun) welche bei allen Species der Carnivoren constant vorhanden sind.
3 *Nebenfurchen* (dreizehn) welche in wechselnden Anordnungen bei einzelnen Gruppen der Carnivoren constant vorkommen, bei anderen accessorisch sind oder fehlen.

Die einzelnen Familien der Carnivoren lassen sich mit ziemlicher Praecision durch das Vorkommen und die Anordnungen (Verbindung oder Trennung, Richtung u. dgl.) jener Nebenfurchen auseinanderhalten. Hingegen unterscheiden sich die Hufthiere von den Raubthieren durch die Anordnung einzelner Hauptfurchen, sowie ferner dadurch, dass mehrere Furchen welche bei ersteren constant vorkommen, also als Hauptfurchen gelten, bei den letzteren nur Nebenfurchen sind. Krueg weist die Homologie der bezüglichen Furchen nach, wodurch die Möglichkeit an die Hand gegeben

erscheint, die Grosshirnoberfläche dieser beiden umfangreichen Säugethiergruppen eingehend zu vergleichen. —

Ausser den Carnivoren gehören bekanntlich noch Hyrax und die Elephanten zu den zonoplacentalen Säugethieren. Die Anordnung der Grosshirnfurchen bei Hyrax entspricht dessen systematischer Stellung zwischen Ungulaten und Carnivoren. Bezugs der Elephanten erlaubt das bisher bekannte Material nur sehr reservirte Angaben.

Als Grundlage der Arbeit dient die Entwicklungsgeschichte von Katze und Hund. Auf den der Arbeit beigegebenen Tafeln sind durch 121 Figuren verschiedene Entwicklungsstadien der genannten, und von erwachsenen Thieren 47 Species dargestellt. Die Zeichnungen sind in geometrischer Projection ohne Schattirung ausgeführt, die Furchen werden je nach der Kategorie, zu der sie gehören, durch verschiedene Stricharten markirt. —

(Schluss folgt.)

Obersteiner (Wien).

III. Verschiedene Mittheilungen.

71) Aus Halle. Die Privatirrenanstalt des verst. Dr. Böttger in Carlsfeld wird von seiner Wittwe unter Assistenz des Herrn Dr. Benno weiter geführt werden.

72) Todesfall. Am 25. Januar starb in London Dr. L. Clarke, bekannt durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der feinern Anatomie der Nervencentra.

73) Aus Paris. Hannot theilt in der Sitzung vom 27. Decbr. v. J. der Société de biolog. mit, dass er bei 11 Autopsien, die er an Individuen, welche in der „infermerie centrale des prisons de la Seine“ gestorben waren, vorgenommen hatte, vier Mal 4 Frontalwindungen constatiren konnte. Die betreff. Individuen waren keine eigentlichen Bösewichter, sondern rückfällige Diebe. Die Anomalie schien von einer Verdoppelung der 2. Frontalwindung herzurühren. Ovion hat diese Anomalie bei den im Hospital Cochin 1879 Verstorbenen (keine Verbrecher) nicht ein einziges Mal gesehen. Progr. med. 1880.

74) Phosphor gegen Melancholie. Dr. Williams in Sussex gab Phosphor in der Dosis von $^1/_{30}$ Grn., allmällig bis zu 4 Mal $^1/_{30}$ Grn. täglich steigend gegen einfache Melancholie. Keine besondere Unannehmlichkeiten bei dem Gebrauch. Von 6 Fällen 3 Mal vollständige, ein Mal vorübergehende Heilung. Bei dem 5. Fall steht die Heilung in Aussicht. Jahrb. für Psych. Heft III. 1879.

75) Aus Berlin. In der Sitzung der Medicinisch-psychologischen Gesellschaft am 8. März (Vorsitzender Herr Prof. Westphal) hielt Herr Dr. Mendel einen Vortrag über *Heredität und allgemeine fortschreitende Paralyse.* Er kam an den Zahlen seiner Anstalt zu dem Resultat, dass bei 30% der Paralyse Heredität vorliege, während bei den übrigen primären Erkrankungen die Erblichkeit in 70% der Fälle constatirt worden sei. Fast zu denselben Zahlen war Herr Dr. Sander gekommen, der durch die vorherige Ankündigung des Themas veranlasst worden war, für diese Sitzung die bezüglichen Zahlen aus der Städt. Irrenanstalt am Alexanderplatz zusammen zustellen. In der Discussion machte Herr Dr. Fuhrmann die intressante Mittheilung, dass unter den Eingeborenen in Havan-

nah unter denen die Erblichkeit eine ausserordentlich grosse Rolle in allen Erkrankungen spiele, Paralyse so gut wie gar nicht vorkomme. Dr. F. hat in den dortigen Irrenanstalten nirgends einen Paralytiker gesehen. Schliesslich empfahl Herr Dr. Mendel Beobachtung der von Paralytikern schon intra Paralysin gezeugten Kinder; ihm selbst war nur 1 Kind eines Paralytikers bekannt welches so weit sich beurtheilen liess, normale geistige Funktionen zeigt, welches aber einen angeborenen Klumpfuss hat.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Königslutter, II. Assistenzarzt, 1000 M. fr. Station. 2) Merzig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 3) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 4) Eichberg (Rheingau), III. Hülfsarzt, sogleich, 900 M., fr. Station. 5) Halle a. Saale, (psychiatr. Klinik) a) II. Volontärarzt, 600—1200 M. fr. Station, b) Assistenzarzt. 6) Sigmaringen, Regierungs-Medicinalrath-Stelle. 7) Grafenberg (Düsseldorf), a) Assistenzarzt 900 M., fr. Station. b) Volontairarzt 600 M. fr. Station. 8) Stephansfeld-Hörde (Elsass), Assistenzarzt, 1. Januar 1880, 900 M., fr. Station. 9) Owinsk (Posen) 1) Assistenzarzt 2000 M.; 2) Volontairarzt, 1600 M., fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung und Wäsche. 10) Allenberg (Ostpreussen) Assistenzarzt 1200 M. bei freier Station. 11) Eberswalde. Volontairarzt, 1. Mai, M. 1050, fr. Stat. 12) Schleswig, Irrenanstalt, Director. 13) Hilburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei freier Station. 14) Dalldorf, Irrenanstalt-Assistenzarzt für die Siechenabtheilung, 1200 Mark bei freier Station, Meld. beim Curatorium der städt. Irr.-Anst, zu Dalldorf. 15) St. Urban (Canton Luzern), II. Arzt und stellvertr. Director. 16) Assistenzarzt an der Prov.-Irrenanstalt zu Halle. 17) Privat-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., freie Station. 18) Bezirks-Irrenanstalt Saargemünd, Assistenzarzt 1200 M., freie Station. Eintritt April oder Mai. 19) Asyl Schweizerhof, Station Zehlendorf bei Berlin, III. Arzt, 1000 Mark und freie Station. Schriftliche Meldung beim Director Dr. Laehr. 20) Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg, Assistenzarzt. Meldungen an den Oberarzt Dr. Reye. 21) Prov. Irrenanstalt Marsberg, Volontairarzt, katholischer Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. — 22) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bochum (Bochum), Bublitz (Cöslin), Erkelenz (Aachen), Hagen (Arnsberg), Labiau (Königsberg), Lueben (Liegitz), Mörs (Düsseldorf), Mogilno (Bromberg), Osterburg (Magdeburg), Schlochau (Marienwerder), Sensburg (Gumbinnen), Stuhm (Marienwerder), Tondern (Schleswig), Stadtkreis Trier (Trier), Wehlau (Königsberg), Mansfelder Landkreis (Eisleben).

Besetzte Stellen. Alt-Scherbitz, Volontairarzt: Dr. Otto Wiegand.

Todesfälle. Reg.- und Med.-Rath Dr. Arens in Münster. Kreisphysikus Dr. Kleeberg in Osterode.

Bitte.

Die geehrten Herren Autoren werden im Interesse einer schnelleren Berichterstattung über ihre Arbeiten um Einsendung von Separatabdrücken an die Redaction d. Bl. gebeten.

Druckfehler.

Seite 76. Der Autor des Originalartikels „Qualitative Analyse der Hautsensibilität“ heisst Buch nicht Bruch. — Seite 79, Zeile 21 v. ob. lies: „die Art der Läsion.

Coblenz, Buch- & Notendruckerei von Ph. Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. | April 1880. | Nro. 7.

I N H A L T.

I. Originalien.

Ein schwerer Fall von Prosopospasmus mit ungewöhnlichem Verlaufe.

Von Prof. A. EULENBURG in Greifswald.

Mehrjähriger heftiger Blepharospasmus und Tic convulsif der linken Gesichtshälfte mit Hyperalgesie, Druckschmerzpunkten und zeitweise ausgebreiteten Irradiationen. Galvanisation, Morphium-, Atropin- und Curare-Injectionen u. s. w. erfolglos, ebenso Neurotomie des Supraorbitalis. Dehnung des N. facialis (Hüter); Beseitigung des Krampfes, zugleich aber consecutive Totalparalyse aller Gesichtsäste; Aufhebung des Geschmacks in der vorderen Hälfte der linken Zungenseite; Mittelform der Entartungsreaction; wiederbeginnender clonisch-tonischer Krampf in den linksseitigen Unterlippenmuskeln, Abnahme der Lähmung.

Der nachfolgende Fall bietet in mehrfacher Hinsicht so bemerkenswerthe Verlaufseigenthümlichkeiten dar, dass eine kurze Mittheilung desselben wohl geboten sein dürfte. Ich glaube auf eine solche auch nicht desshalb verzichten zu müssen, weil die Krankengeschichte in gewissem Sinne noch nicht abgeschlossen vorliegt — da diejenigen Erscheinungen, auf welche sich das casuistische Interesse vorwiegend concentrirt, schon jetzt in völlig prägnanter Entwickelung hervortreten.

Frl. B., 27 Jahre alt, hat als Kind an Lymphdrüsen-Scrofulose gelitten (wovon noch einige Narben am Halse Kenntniss geben). Vor ungefähr zwei Jahren wurde sie plötzlich ohne bekannte Veranlassung von einer Art „Starrkrampf" in der linken Seite, ohne Aufhebung des Bewusstseins, aber mit vorübergehendem Verlust des Sprachvermögens, befallen, der sich später nicht wiederholte. Seitdem datirt das gegenwärtige Leiden, wegen dessen mir die Patientin am 4. November 1879 von Prof. Schirmer zur Behandlung überwiesen wurde. — Das Leiden besteht in einem äusserst heftigen und schmerzhaften, intermittirenden, tonisch-clonischen Krampf des linken Orbicularis palpebrarum und der ganzen Muskulatur der linken Gesichtshälfte, namentlich der Wangen-Mundwinkel- und Nasenflügelmuskeln; bei weiterer Irradiation, in besonders gesteigerten Paroxysmen, betheiligen sich daran auch die vom Accessorius versorgten Halsmuskeln (Sternocleidomastoideus, Cucullaris) und ein Theil der Armmusculatur (Flexoren der Hand und der Finger) der linken Seite; ebenso irradiiren die Krämpfe in schweren Anfällen vorübergehend auch auf die rechtsseitigen Gesichts- und Halsmuskeln. Hauptsächlich ist jedoch immer der linke Orbicularis palp. afficirt; der Krampf desselben ist ein fast permanenter, wenn auch ungleichmässiger; die Lidspalte ist in Folge dessen meist völlig geschlossen, das Oeffnen gelingt nur sehr schwer unter fühlbarem Widerstande des contrahirten Muskels; eine atarrhalische Entzündung der Lidbindehaut oder sonstige äusserliche Veränderungen am Augapfel sind nicht nachzuweisen. Im Dunkeln öffnet sich das Auge etwas leichter, während Lichtreiz den Krampf steigert; ebenso bewirken Luftzug, Berührung, jede Bewegung beim Sprechen, Kauen u. s. w. eine Steigerung des Blepharospasmus und des mimischen Krampfes. Die ganze linke Gesichtshälfte befindet sich in einem Zustande hochgradiger Hyperalgesie; namentlich aber sind die sämmtlichen, dem Austritt und Durchtritt grösserer Trigeminus-Aeste entsprechenden Punkte auf Berührung und Druck in hohem Grade empfindlich: vor Allem der Supraorbitalpunkt, nächstdem auch Infraorbitalpunkt, Malarpunkt, Gaumenpunkt, Alveolarpunkt, Mentalpunkt; ebenso zeigen die Austrittsstelle des Facialis am For. stylomastoid. und die linksseitigen Querfortsätze der Halswirbelsäule eine intensive Druckempfindlichkeit, während dieselben Stellen auf der rechten Seite gar keine oder nur unbedeutende Empfindlichkeit darbieten. Eine Sistirung des Krampfes durch Druck ist von keiner dieser Stellen aus möglich; nur ein gleichmässig geübter Druck auf das geschlossene Auge bewirkt zuweilen eine vorübergehende Linderung.

Da schon lange die verschiedenartigsten therapeutischen Versuche erfolglos gemacht waren, so wurden jetzt nur noch die, man

kann sagen „heroischen“ Mittel in succesiver Steigerung aufgeboten: tägliche Anwendung des constanten Stroms mit den bekannten centralen und peripherischen Galvanisationsweisen; grosse Dosen Bromkalium sowie auch Butylchloral innerlich; subcutane Injectionen von Morphium (das jedoch sehr schlecht von der Patientin vertragen wurde), von Atropin und Curare. Namentlich letzteres Mittel, zu dem ich auf Grund früherer Erfahrungen einiges Zutrauen hegte, wurde eine Woche hindurch täglich angewandt, wobei ich mich der sehr empfehlenswerthen, in warmem Wasser leicht löslichen Gelatinedisks von Savory und Moore in London bediente,[1]) die je 0,01 Curare enthalten; doch war das Resultat ein gänzlich negatives. Ueberhaupt hatten alle die vorerwähnten Behandlungsweisen fast gar keinen sichtlichen, auch nur palliativen Effect; ebensowenig die auch versuchte Metallotherapie (externe Application der verschiedensten Metallplatten abwechselnd auf beide Augen und Gesichtshälften); nur Kälte in Verbindung mit andauernder Compression, das stundenlange Auflegen eines mit Eis gefüllten Gummibeutels, konnte wenigstens zeitweisen Nachlass herbeiführen. Ueberzeugt von der Erfolglosigkeit aller weiteren Versuche in dieser Richtung veranlasste ich Herrn Prof. Schirmer, in seiner Klinik am 21. November die *Neurotomie des linken Supraorbitalis* bei der Patientin auszuführen. Dieselbe wurde in Chloroform-Narcose vollzogen; allein kaum begann die Operirte aus der Narcose zu erwachen, als auch ein ziemlich heftiger Krampfanfall sich wieder einstellte, obgleich eine über dem Arcus superciliaris belegene vollkommen anästhetische Hautzone von der wirklich erfolgten Durchschneidung des Nerven Zeugniss gab. Auch in den nächsten Tagen trat irgend welche Besserung der Beschwerden nicht ein. Da der linke Supraorbitalis der auf Druck am wenigsten empfindliche Nerv war, so glaubten Prof. Schirmer und ich von einer Wiederholung der Operation an anderen Trigeminus-Aesten einen erheblicheren Nutzen nicht erwarten zu dürfen; wir verständigten uns vielmehr dahin, dass hier angesichts der so grossen Beschwerden die *Dehnung des N. facialis* zu versuchen sei, von deren bereits zweimal gemachter erfolgreichen Ausführung durch Baum[2]) und Schüssler[3]) uns damals noch nichts bekannt war. Die Operation wurde auf unseren Wunsch am 2. December von Herrn Prof. Hüter in der hiesigen chirurgischen Klinik vollzogen; der freigelegte Nerv auf einem Haken sowohl in centripetaler wie in centrifugaler Richtung wiederholt stark angezogen, die Wunde antiseptisch verbunden. Gleich nach gemachter Dehnung (noch in der Narcose) reagirte die Pat. bei Reflexreizung der Nasenschleimhaut nur mit der rechtsseitigen, nicht mit der linksseitigen Gesichtsmuskulatur; die Lidspalte blieb weiter geöffnet als sonst;

---

[1]) Ich wende diese disks (hypodermic disks, zum Unterschiede von den viel kleineren und runden ophthalmic disks) auch für Injectionen von Morphium und andern Alcoloiden statt der meist leicht verderbenden Lösungen mit Vorliebe an. Sie sind durch die Apotheke von Paulke in Leipzig oder Friedländer in Berlin zu beziehen.

[2]) Berliner klinische Wochenschrift 1878 Nr. 40.

[3]) Ibid. 1879 46. Nr.

der Krampf trat nicht ein. Auch nach dem völligen Erwachen aus der Narcose und späterhin blieb die Kranke zu ihrer Freude von dem schmerzhaften und qualvollen Leiden, das sie seit Jahren gepeinigt hatte, fortdauernd befreit; dagegen stellten sich die Symptome einer *totalen Facialis-Paralyse* unverkennbar heraus. Dieselbe betraf sämmtliche Gesichtsäste des linken Facialis; Functionsstörungen und Deviation waren die in solchen Fällen gewöhnlichen, die Difformität sehr entwickelt.

Bis zum 18. December verweilte die Patientin auf der chirurg. Abtheilung des Universitäts-Krankenhauses, die sie zu dieser Zeit mit noch unvollkommen vernarbter Wunde verliess. Bei der am genannten Tage von mir vorgenommenen *electrischen Untersuchung* constatirte ich bereits starke Herabsetzung der faradischen und galvanischen Nervenreizbarkeit in sämmtlichen Facialästen *ausschliesslich des Ramus auricularis post., der offenbar ganz unbetheiligt war* — nächstdem erschien die Herabsetzung am geringsten in dem Unterkieferast (N. subcutaneus mandibulae und den terminalen Zweigen desselben (Unterlippen-Kinn-Muskeln). Auch die faradische Muskelcontractilität erschien bereits stark vermindert, die Galvanocontractilität nicht deutlich gesteigert; A. Sz. jedoch beinahe = K. Sz. *Bei faradischer und galvanischer Reizung des Facialstammes oberhalb der Verletzungsstelle (selbst mit sehr starken Strömen) vom Gehörgange aus zuckten ausschliesslich die vom N. auricularis post. versorgten hinteren Ohrmuskeln;* offenbar war also die Fortleitung des electrischen Reizes über die Dehnungsstelle hinaus ebenso wie die Fortleitung des Willensreizes gänzlich unterbrochen.

Nächstdem ergab sich noch ein überraschendes, aber auch für die Schwere der Lähmung sprechendes Resultat: es war nämlich *die Geschmacks-Empfindung in der vorderen linken Zungenhälfte vollständig aufgehoben.* Proben mit schmeckenden Gegenständen der verschiedensten Art (Aloetinctur; Kochsalzlösung, Zuckerlösung u. s. w.) unter den gewöhnlichen Cautelen angestellt, ergaben constant das nämliche Resultat; am Seitenrand wie im vordern Theile des Zungenrückens fehlte links jeglicher Geschmack, während rechts von der Mittellinie in normaler Weise geschmeckt wurde. (Die hinteren Zungenpartien gestatteten wegen der Schwierigkeit den Mund weit zu öffnen, leider keine genaue Untersuchung). Auch der galvanische Geschmack fehlte auf der linken Seite (z. B. beim Streichen mit der Anode in der Gegend der Fossa canina und des Unterkiefers) durchaus, während er auf der rechten Seite normal war. Sensibilität der Zunge und Speichelsecretion liessen auffällige Abnormitäten oder Differenzen beiderseits nicht constatiren.

Aus dem weiteren Verlaufe seien nur folgende Haupterscheinungen hervorgehoben: die faradische und galvanische Nervenreizbarkeit schwand allmälig völlig, mit Ausnahme des N. auricularis post., in dem sie anscheinend unverletzt blieb, und des N. subcutaneus mandibulae, in dem sich nur eine starke Herabsetzung zeigte; ebenso verlor sich, mit den gleichen Exceptionen, auch die faradische Muskelreizbarkeit in den nächsten Wochen gänzlich. Die musculäre Galvanocontractilität zeigte dagegen (und zwar in allen ge-

lähmten Muskeln ziemlich gleichmässig) die den ersten Graden der Entartungsreaktion entsprechende Zunahme, sowohl für A S wie für K S. Allmälig wurde auch A Sz > K. Sz; der Charakter der Zuckungen erschien jedoch nicht wesentlich verändert; eine erhöhte Erregbarkeit für A O und K O bestand nicht. Besonders auffällig war von Anfang an das Verhalten der Unterlippenmuskulatur (bes. des Triangularis menti), woselbst, wie schon erwähnt, auch die faradische Reizbarkeit nie ganz aufgehört hatte. *Jede stärkere faradische oder galvanische Reizung eines entfernten Gesichtsmuskels (z. B. des Orbicularis palp.) löste nämlich — ganz gleich ob erfolgreich oder nicht in Bezug auf den direct gereizten Muskel — eine Zuckung in der gelähmten Unterlippenhälfte aus*, durch welche der linke Mundwinkel nach aussen und gleichzeitig nach abwärts verzogen wurde (ein Symptom übrigens, das ich früher auch in einzelnen Fällen von schwerer rheumatischer Facialislähmung beobachtet habe). Weiterhin entwickelte sich hier auch eine *bedeutend gesteigerte mechanische Erregbarkeit*, dergestalt, dass schon leichter Druck, Streichen oder Klopfen zur Auslösung directer Zuckungen hinreichte, nebst *trägem, verlangsamtem Charakter der galvanischen Zuckung*, oder *Schliessungsclonus*. Endlich traten auch *spontane, intermittirende Zuckungen mit clonisch-tonischem Charakter* (abwechselnd mit fibrillären Zuckungen) *im Triangularis und Quadratus menti* hervor, und es entwickelte sich ein *contracturartiger Zustand* derselben, wodurch (im Gegensatz zu der umgekehrten Deviation der Oberlippe) die Unterlippe fortdauernd nach links und aussen verzogen, gleichzeitig der linke Mundwinkel herabgezogen, die linke Hälfte der Unterlippenschleimhaut ectropisirt, die Mundöffnung noch mehr als früher erheblich erschwert wurde. In diesem Zustande, welcher der Patientin immerhin gegen den früheren als eine wesentliche Erleichterung erschien, hatte dieselbe sich zwei Monate nach der letzten Operation, der weiteren Behandlung durch eine Reise in ihre Heimath vorläufig entzogen.

Als sie sich mir am 17. März, also über 15 Wochen nach der Operation, wieder vorstellte, waren Lähmung und Difformität etwas gebessert, der Geschmack auf der linken Zungenhälfte wiedergekehrt; *die galvanische Muskelcontractilität herabgesetzt*, die electrische Reaction im Uebrigen noch unverändert. —

Ohne selbstverständlich irgendwie auf das chirurgische Gebiet der Nervendehnung eingehen zu wollen, möchte ich doch diese Gelegenheit benutzen, um hinsichtlich dieser in der Neuropathologie immer mehr an Terrain gewinnenden Operation die übliche Annahme einer völligen Innocuität derselben — im Gegensatze zu anderen, verletzenderen Eingriffen an den Nervenstämmen — als einschränkungsbedürftig zu statuiren. Auch ich habe allerdings, durch die Gefälligkeit meines Coll. H ü t e r, mehrfache Gelegenheit gehabt, operative Dehnungen grösserer gemischter Nervenstämme und Plexus der Extremitäten zu beobachten, bei welchen eine irgend erhebliche Functionsstörung motorischer und sensibler Natur im Bereiche der gedehnten Nerven weder unmittelbar nach der Operation noch im weiteren Verlaufe constatirt werden konnte. So erst kürzlich bei

einer anderen, auf meine Veranlassung von Prof. Hüter ausgeführten *Dehnung des rechten Plexus brachialis, in einem schweren veralteten Falle von ascendirender traumatischer Neuritis* mit hochgradigen neuralgischen Erscheinungen und Nutritionsstörungen des Arms, bei einem 30 jährigen Manne. Der Fall erinnert einigermassen an den von Credé[1]) kürzlich aus ähnlicher Veranlassung operirten; jedoch zeigte sich uns der freigelegte Plexus in hohem Masse atrophisch und konnte ein nachhaltiges günstiges Resultat wohl schon desshalb nicht erzielt werden. — Bei der an die Vorstellung des Credé'schen Falles sich anknüpfenden Discussion in der Dresdener Gesellschaft erklärte Credé die Operation für gefahrlos, so dass auch bei Nichterfolg ein Nachtheil ausgeschlossen sei, und die gleiche Meinung äussert auch Baum in Betreff der Dehnung des N. facialis. Dagegen möchte ich doch, nachdem ich früher diese Anschauungen getheilt und daher einer ausgebreiteten Anwendung der Nervendehnung das Wort geredet habe, nunmehr auch dem oppositionellen Standpunkte (wie ihn z. B. in der Dresdener Gesellschaft Seifert vertrat) eine gewisse Beachtung nicht absprechen. Vermuthlich zeigen die verschiedenen grösseren Nervenstämme des Menschen bezüglich ihrer Dehnungsfähigkeit und relativen Toleranz gegen diesen Eingriff ein noch nicht genügend gewürdigtes ungleiches Verhalten, und befindet sich der N. facialis speciell insofern unter ziemlich ungünstigen localen Bedingungen, als bei seiner Freilegung auf der Parotis ein den Tractionen zu unterwerfender gemeinsamer Strang nach abwärts gar nicht, nach aufwärts auch nur in sehr beschränkter Ausdehnung vorliegt. Allerdings haben Baum und Schüssler am Facialis ein günstiges Endresultat erzielt; indessen trat doch in dem Schüssler'schen Falle eine totale Paralyse des Facialis nach der Operation ein, die nach anderthalb Monaten auf eine leichte Parese beschränkt war und ca. dritthalb Monate (vom 23. Januar bis 12. April) zu ihrem völligen Verschwinden bedurfte. Leider ist über das electrische Verhalten in der nur kurzen Mittheilung des Schüssler'schen Falles nichts angegeben; dass Störungen des Geschmacks parallel mit der Lähmung nicht bestanden, wird ausdrücklich versichert.

In Betreff dieses, in neurophysiologischer und pathologischer Hinsicht so interressanten Befundes, des *einseitigen Geschmacksverlustes*, möchte ich noch einige Bemerkungen hinzufügen. Es ist dies ein ganz ausserordentlich seltenes Symptom bei denjenigen peripherischen, namentlich traumatischen Faciallähmungen, die extrafallopischen Ursprunges, mithin unterhalb der Abgangsstelle der Chorda tympani, ja selbst unterhalb des For. stylomastoides ihren Ausgangspunkt haben. Ich habe in meinem Lehrbuch der Nervenkrankheiten (2. Auflage II p. 130) zwei solche traumatische Fälle, von Stich und von Lotzbeck (letzterer aus der v. Bruns'schen Klinik) angeführt, in denen der Facialis bei Gelegenheit von Operationen — Unterkiefer-Resection; Extirpation eines Enchondroms — durchschnitten worden war; diesen Fällen würde also der obige sich anzureihen

[1]) Sitzung der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden, 11. October 1879; vgl. deutsche med. Wochenschrift 1880 Nr. 3.

haben. Es fragt sich: *wie haben wir uns die Möglichkeit eines solchen einseitigen Geschmacksverlustes bei extrafallopischen Faciallähmungen überhaupt, und zugleich die grosse Seltenheit und Inconstanz dieses Phänomens zu erklären?* Man könnte zunächst auf den Gedanken kommen, dass sich in manchen Fällen von der Verletzungsstelle aus eine aufwärts schreitende Neuritis entwickelt und durch Uebergreifen auf die Chorda bei ihrer Eintrittstelle die Geschmacksstörung im Bereiche der Chorda-Fasern herbeigeführt habe. Indessen abgesehen davon, dass das anatomische Substrat dieser Annahme ein überaus zweifelhaftes ist, dass ferner bei einer stattgehabten entzündlichen Reizung wahrscheinlich subjective Geschmacksempfindungen, Vermehrung der Speichelsecretion u. s. w. voraufgegangen wären, so widerspricht jener Annahme im vorliegenden Falle auch ganz besonders die Thatsache, dass der oberhalb der Verletzungsstelle abgehende Ramus auricularis post. sich — wie die electrische Untersuchung ergab — fortdauernd intact zeigte. Wir müssen also nach einer anderen Erklärung für den hier und in einzelnen analogen Fällen vorhandenen einseitigen Geschmacksdefect suchen. Es ist mir nun nicht ganz unwahrscheinlich, dass in den offenbar seltenen Fällen, wo extrafallopische Faciallähmungen vollständigen Geschmacksdefect der vorderen Zungenregion zur Folge haben, die Geschmacksinnervation der letzteren durch einen Nervenast vermittelt wird, welcher als *unregelmässiger Verbindungsast zwischen Facialis und Glossopharyngeus* den Anatomen bekannt ist. Henle führt denselben als einen Ast des N. styloideus auf, dessen beide erste Aeste nach ihm den M. stylohyoideus und biventer versorgen; der dritte, den er als N. communicans cum N. glossopharyngeo bezeichnet, verläuft in abwärts convexem Bogen gegen das For. jugulare, um sich mit dem Gangliom petrosum des Glossopharyngeus zu verbinden. Ueber seine Functionen bemerkt Henle (Handbuch der Nervenlehre des Menschen p. 424) nur, dass er „wahrscheinlich dazu bestimmt sei, dem N. glossopharyngeus motorische Fasern mitzutheilen". Sein Verlauf ist übrigens offenbar sehr unregelmässig. In den meisten Handbüchern figurirt er als Ast des N. biventricus; andere machen umgekehrt den N. stylohyoideus und biventricus zu Zweigen dieser Anastomose zwischen Facialis und Glossopharyngeus. Sappey endlich lässt (nach Henle) diesem Verbindungsast Fasern aus dem Glossopharyngeus zugehen, welche den M. stylopharyngeus in seiner Mitte durchbohren und sich, ausser im M. styloglossus und glossostaphylinus, auch *in der Zungenschleimhaut verbreiten.* Wenn diese letztere Angabe für gewisse Fälle zutreffend ist, so könnten durch diese Anastomose geschmacksvermittelnde Glossopharyngeus-Fasern in der peripherischen Bahn des Facialis verlaufen, und liessen sich dieselben zur Erklärung des bei einzelnen extrafallopischen Faciallähmungen resultirenden einseitigen Geschmacksdefectes ungezwungen verwerthen.

II. Referate.

76) E. Remak (Berlin): Ueber die Localisation atrophischer Spinallähmungen und spinaler Muskelatrophieen.

(Klinische Beiträge zur Pathologie und Physiologie des Rückenmarks. Sep.-Abd. a. d. Arch. für Psychiatrie und Nervenheil. Bd. IX. H. 3. 1879.)

Der leitende Gesichtspunkt der vorliegenden sorgfältigen und scharfsinnigen Arbeit ist das Studium *gesetzmässiger Anordnungen der motorischen Rückenmarkskerne an der Hand eingehender klinischer Untersuchung einer grösseren Zahl von Fällen atrophischer Spinallähmung* mit Rücksicht auf die Localisation der schwerer und länger gelähmten, von Atrophie und Alteration der elektrischen Erregbarkeit befallenen Muskeln. In derselben Weise, durch Eingehen auf die Topographie von Lähmung und Atrophie, war Verf. bereits früher bei dem Studium der *Bleilähmung* zu dem Ergebniss gekommen, dass die letztere auf spinalen Veränderungen beruhe, eine chronische Poliomyelitis anterior darstelle. Eine genaue Erforschung der Lagerung der spinalen Bewegungsterritorien ist vor allem dazu geeignet, die *differentielle Diagnostik* zwischen spinalen und peripheren Affectionen, die mit verbreiteter Muskelatrophie und Entartungsreaction einhergehen, zu ermöglichen. Nicht die electrischen Erregbarkeitsveränderungen an und für sich, sondern nur deren *Verbreitung* auf bestimmte Muskelgruppen in typisch wiederkehrender Reihenfolge geben Anhaltspunkte, in einem Fall eine begrenzte *centrale* Läsion der Innervation zu erschliessen; eine abweichende und atypische Localisation weist andernfalls auf *periphere* Entstehung hin. Von einer solchen induktiv erschlossenen Abgrenzung bestimmter Bewegungsterritorien im Rückenmark verspricht sich Verf. auch für die Physiologie, nicht blos für die Pathologie, eine Förderung. Allerdings verzichtet er in Anbetracht fehlender eigener und sehr spärlicher fremder Obductionsbefunde darauf, bestimmte Angaben über die anatomische Anordnung dieser functionell zusammengehörigen Ganglienzellengruppen zu machen. Als wesentlichstes Hülfsmittel zur Beurtheilung der Schwere der Degeneration in Nerven und Muskeln bei der klinischen Untersuchung dient dem Verf. natürlich die electrische Untersuchung, speciell der Nachweis der *Entartungsreaction* (auch in Muskeln, deren indirecte Erregbarkeit erhalten oder nur vermindert war).

R. erörtert zunächst an der Hand einer sehr sorgfältig behandelten eigenen Casuistik *die Localisationstypen atrophischer Lähmungen an den oberen Extremitäten*. Er kommt zu der Annahme zweier Typen, die er als *Oberarm-* und *Vorderarmtypus* bezeichnet. In seiner reinsten Form wird der erste durch einen Fall spinaler Kinderlähmung (Beob. I.) repräsentirt, in dem von allen Armmuskeln allein der Deltoideus, biceps, brachialis internus und die Supinatoren von degenerativer Lähmung befallen sind. Auch in den weniger reinen Beobachtungen II. u. III. von chronischer atrophischer Spinallähmung lässt sich erkennen, dass die wesentlich schwer und symmetrisch erkrankten Muskeln dieselben sind, wie in Beobachtung I (es sind ausserdem einzelne Muskeln der Streckseite des Vorderarms einseitig mitbetheiligt).

Der durch die IV., die (diagnostisch nicht über allen Zweifel erhabene) V., VI. und (im Nachtrag enthaltene) XXI. Beobachtung vertretene *Vorderarmtypus* charakterisirt sich durch vollständige Analogie mit den gewöhnlichen Formen der Bleilähmung. Hauptmerkmal des reinen Vorderarmtypus ist die *Immunität des M. supinator longus*, die aber nur ersichtlich ist, wenn nicht nebenbei eine schwere Oberarmlocalisation besteht. Die Casuistik weist natürlich auch Mischformen, sowie Beispiele verschiedener Localisationstypen an den beiden obern Extremitäten neben der gewöhnlichen symmetrischen Localisation auf. In möglichst reinen Formen des Vorderarmtypus bei idiopathischer atrophischer Spinallähmung (wie Verf.'s Beob. IV) tritt die Analogie mit der Bleilähmung bis in die kleinsten Details der gesetzmässigen Localisation — vorwiegend schwere Affection der Strecker der Basalphalangen der Finger und des Handgelenks, spätere Betheiligung des Abductor pollic. long. etwa zugleich mit den interosseis und den Daumenballenmuskeln — hervor. R. vermuthet, dass die Kernregion des abductor pollic. long. in ebenso naher oder näherer Beziehung zu derjenigen der Daumenballenmuskulatur und der interossei steht, als zu den übrigen vom Radialis versorgten Streckmuskeln. Im 4. und 6. Fall ist der reine Vorderarmtypus allerdings complicirt mit einer partiellen Affection langer Fingerbeuger und dadurch von der Bleilähmung etwas abweichend. Uebrigens wird in Beob. VII ein Beispiel dafür beigebracht, dass auch bei der Bleilähmung vorwiegen (resp. zuerst eintreten) kann eine Betheiligung von Fingerbeugern neben der Extensorenlähmung. Beobachtung VIII zeigt neben der gewöhnlichen rechtsseitigen Bleilocalisation eine Affection sämmtlicher Daumenballenmuskeln und des inteross. I. *links* in Folge besonderer Anstrengung dieser Muskeln. Diese ungewöhnlichen Fälle erschüttern zwar nach R. die spinale Pathogenese der Bleilähmung keineswegs, doch erwecken sie die Vermuthung, dass die den Fingerbeugern und Streckern entsprechenden spinalen Kernregionen nicht so weit von einander entfernt liegen, als Verf. dies früher anzunehmen geneigt war. Während er früher mit Joffroy den Schluss gezogen hatte, dass die motorischen Kerne der Strecker des Handgelenks und der Finger nicht mehr in der Halsanschwellung, sondern etwas höher liegen, hält er es jetzt für wahrscheinlicher, dass *die Kernregion des gewöhnlichen Vorderarmtypus in der Halsanschwellung selbst und zwar in deren mittlerem Abschnitt sich befindet.* Jedenfalls ist festzuhalten, dass die *Ganglienzellengruppen der Extensoren und Flexoren am Vorderarm räumlich von einander getrennt, so gelagert sein müssen, dass auch bei schwerer Erkrankung der einen die andere von derselben nicht erreicht zu werden braucht.* Im Anschluss an die atrophischen Spinallähmungen der oberen Extremitäten bespricht Verf. auch die *reinen spinalen Muskelatrophien mit* Bezug auf evnetuelle typische Muskellocalisationen. Obwohl er anerkennt, dass das Gebiet derselben keineswegs streng abgegrenzt ist, sowie dass die Anschauung von der myopathischen Natur zahlreicher Formen von Muskelatrophie neuerdings wieder gewichtige thatsächliche Arguments gewonnen hat, scheint ihm doch das klinische Studium etwaiger Typen

der Localisation auch bei reiner Muskelatrophie von Werth. Aus den mit Bezug auf die Localisation der Atrophie genau untersuchten 4 Fällen (Beob. IX—XII) und andern in der Literatur niedergelegten geht hervor, dass auch bei protopathischer Muskelatrophie die von R. aufgestellten Typen herauszuerkennen sind (so der Vorderarmtypus mit Verschonung des supinator longus, in Beob. XII, ferner die Zugehörigkeit des abduct. pollic. longus zu den Muskeln des Daumenballens) — ohne dass aber die Analogie mit den Localisationen der atrophischen Spinallähmungen in nähere Einzelheiten zu verfolgen wäre. Schon die eminente Bevorzugung der Streckseite bei letzteren findet sich bei der progressiven Muskelatrophie nicht. Die relative Gesetzmässigkeit der Localisation auch bei den primär myopathischen Formen der progressiven Muskelatrophie ist nach R. nicht genügend zu erklären. (Ref. scheint die von Remak lediglich als Umschreibung der Thatsache bezeichnete Annahme, dass functionell zusammengehörige Innervationsbezirke, bestimmte *periphere Systeme*, zu gemeinschaftlicher Erkrankung disponiren, sei doch nicht so unfruchtbar; jedenfalls *nicht mehr* der Erklärung bedürftig, als die Thatsache detaillirter Gesetzmässigkeit im Verlauf der Erkrankung spinaler Kernregionen).

Für die *atrophischen Lähmungen am Rumpf* fehlt Verf. das Material.

Zu den *atrophischen Lähmungen der untern Extremitäten* übergehend stellt Verf. die Localisation in einigen Fällen *von spinaler Kinderlähmung* (Beob. XIII, XIV, XVI, XVIII; einem Fall chronischer atrophischer Spinallähmung beim Erwachsenen und einer (diagnostisch nicht ganz sicheren) traumatischen partiellen Lähmung der linken Unterextremität (XV) fest. Uebereinstimmend geht aus diesen Beobachtungen hervor: die besondere *Prädisposition des Cruralisgebiets zu atrophischer Spinallähmung* im Fall ihrer Localisation am Oberschenkel, ferner das häufige *Freibleiben des m. sartorius* (wie es auch Erb und Bernhardt beobachteten), — analog der Immunität des Supinator longus. Wie daher Duchenne die functionelle Verschiedenheit des Sartorius von den übrigen Muskeln des Oberschenkels, als Beuger des Unterschenkels gegen den Oberschenkel und des letzteren gegen das Becken, nachgewiesen hat, so ist auch der Sartoriuskern im R. M. getrennt von den Kernen der Extensoren des Knies, seine Faserausbreitung in Wurzeln und Plexus getrennt von den jene versorgenden Fasermassen anzunehmen. Ob eine ähnliche Coincidenz der Sartoriuserkrankung mit derjenigen der Beuger am Oberschenkel besteht, wie die gemeinschaftliche Affection des Supinator longus und der Beugemuskeln des Ellbogens, lässt sich wegen Mangels an ausreichendem Material nicht entscheiden. Dagegen scheinen sich die schon früher von Verf. vermutheten nachbarlichen anatomischen Beziehungen der Kernregion des M. tibialis anticus zu den vom Cruralis versorgten Muskeln am Oberschenkel mit Ausnahme des Sartorius durch Beobachtung XIV, XVI u. XVII zu bestätigen. In allen Fällen (ebenso in Beob. XV.) ist nämlich *bei Integrität aller übrigen Unterschenkelmuskeln aus dem Ischiadicusgebiet heraus der tibialis antic. allein*

gelähmt zusammen mit dem extensor quadriceps cruris. Ausserdem wird durch zwei Beobachtungen Remaks (Complication in Beob. III und Beob. XVIII.), die auch von andern Autoren (Volkmann, Duchenne, Erb, Seguin, Bernhardt, Seeligmüller) öfter constatirte, relativ selbständige oder isolirte atrophische Lähmung des M. tibialis antic. illustrirt, — eine Thatsache, die ihr Gegenstück findet in dem regelmässigen Freibleiben des tibial. antic. bei Bleilähmung der untern Extremität. (Auch Referent kann sowohl das Vorkommen isolirter Lähmung des tibial. antic. bei spinaler Kinderlähmung, als das Freibleiben gen. Muskels bei generalisirter Bleilähmung bestätigen). Verf. erschliesst daraus eine Erhärtung seiner frühern Angabe, *dass die Kernregion des tibial. antic. in einer andern Höhe der Lendenanschwellung anzunehmen ist als die der andern vom N. peroneus versorgten Muskeln.* Für diese Behauptung existirt übrigens auch eine beweisende anatomische Beobachtung von Fr. Schultze. S. fand bei einer von Erb beschriebenen traumatischen atrophischen Lähmung beider Ischiadicusgebiete mit alleiniger Ausnahme des tibal. anticus, mit Intaktheit des Cruralisgebiets und der Adductoren *hochgradige Atrophie nur der untern Hälfte der Lendenanschwellung* mit Untergang der Ganglienzellen. Es ergiebt sich daraus, *dass die dem Gebiet der M. crural. und obturator. angehörigen Ganglienzellen, und der Kern des m. tibial. anticus nicht in dem unteren Abschnitt der Lendenanschwellung liegen können.* Vielleicht sind die betr. Ganglienzellengruppen im *mittleren* Theil der Lendenanschwellung zu suchen. Ausserdem aber scheinen am Unterschenkel alle möglichen Combinationen und isolirte Localisationen atrophischer Lähmungen vorzukommen, so dass die Aufstellung eines „Unterschenkeltypus" nicht erlaubt ist. Bemerkenswerth ist, dass diese Manchfaltigkeit der Localisation partieller Atrophien am Unterschenkel ihre Ausbreitung sich niemals streng zu binden scheint an die Verbreitungsbezirke des M. tibialis und peroneus.

Auf die Erörterung etwaiger entsprechender Localisationen *der progressiven Muskelatrophie* in *den Unterextremitäten* verzichtet Verf. vollständig. Er hebt zum Schlusse hervor, dass auch gelegentlich *periphere Erkrankungen* der betr. motorischen Wurzeln oder Plexusabschnitte analoge partielle oder combinirte Lähmungen zur Folge haben müssen, wie die partiellen poliomyelitischen Herde. Aus den beiden Beobachtungen (XIX und XX) von partieller, auf den M. tibial. antic. beschränkten Lähmung des N. peroneus erhellt, dass die für den genannten Muskel bestimmten motorischen Nervenfasern noch im Plexus, vielleicht sogar bis zur Austrittsstelle des Ischiadicus aus dem Becken herab, abgesondert von den übrigen motorischen Fasern des M. peroneus liegen.

Als allgemeines Resultat für die Pathologie des R. M. folgert Verf. aus den besprochenen Feststellungen über die Localisation der Lähmungen und der besondern Stellung gewisser Muskeln (Supinatores, abduct. pollic. long., Sartorius, tibialis anticus,) dass *man atrophischen Lähmungen* in der That *aus der Verbreitung ihrer degenerativen Atrophie ihren spinalen Ursprung ansehen kann*, allerdings

mit dem Vorbehalt, dass auch Läsionen der motorischen Wurzeln und naheliegenden Plexusabschnitte ähnliche spinale Localisationstypen zur Folge haben. Für die von ihm schon früher behauptete spinale Genese der Bleilähmung findet Verf. in der Bearbeitung der spinalen atrophischen Lähmungen nach dem Gesichtspunkt der Lagerungsverhältnisse der Kernregionen weitere Bestätigung. Die auf Harnacks Experimentaluntersuchungen und das negative anatomische Ergebniss eines Falles von Bleilähmung gestützte Theorie Friedländers bezüglich der letzteren kritisirt R. als durchaus ungenügend zur Erklärung der typischen Localisation und Ausbreitung der genannten Affection. (Die Ansicht von der poliomyelitischen Natur der Bleilähmung würde durch den eben publicirten Fall von v. Monakow (Arch. f. Psych. und Nervenkrkh. B. X. H. 2) eine Stütze erhalten, wenn nicht die ausgedehnte Erkrankung der nervösen Centralorgane die Bedeutung der Rückenmarksveränderung für die Localisation wesentlich beeinträchtigte.)

Referent wird in einer demnächst erscheinenden Publication gelegentlich eines Falles von generalisirter Bleilähmung mit durchaus negativem Rückenmarksbefund auf die Frage nach der anatomischen Natur der saturninen Lähmung zurückkommen.)

Eisenlohr (Hamburg).

---

77) **Wernicke** (Berlin): Ueber einen Fall von Hirntumor.

(Deutsche Med. Wochenschrift 1880, 8, 9.)

Eine 19jährige, bisher gesunde Dame, aus einer mässig scrophulösen Familie, von einem vor 30 Jahren an constitutioneller Syphilis erkrankten Vater stammend, erkrankt Mitte Juni 1879 unter schweren Allgemeinerscheinungen: Kopfschmerz, (Stirn- und Augengegend, Hinterkopf) Uebelkeit, Erbrechen, grosses Schwächegefühl. Dabei Temperatur bis 38,8. Anfangs konnte sie noch gehen trotz leichten Schwindels, später wurde das Gehen ohne Unterstützung unmöglich. Schon etwas vor diesem Zeitpunkte hatte sich eine leichte Parese des rechten Abducens eingestellt, die auch objectiv in dem Schielen des rechten Auges bemerkbar war. Nach der Erschwerung des Ganges stellte sich ein subjectives Geräusch im Ohr ein, welches die Pat. als das Piepen eines Vogels bezeichnete. Spontane Urinentleerung unmöglich. Ende Juli: tonische sehr schmerzhafte Spannung der Lenden- und Rückenmuskulatur. Beine waren willkürlich beweglich, bei passiver Beugung mässige Steifigkeit der Kniegelenke. Gesichtsausdruck apathisch und stupide, Sprache nicht verändert. Heftiger Stirnkopfschmerz. An Gesicht und Extremitäten keine Lähmung, Zunge wird gerade vorgestreckt. Sensibilität intact; Waden auf Druck schmerzhaft. An den Augen wird constatirt *totale Lähmung des rechten* Abducens und *Parese* (mit Nystagmusbewegungen) *des linken Rectus internus. Doppelseitige Stauungspapille,* links fortgeschrittener als rechts. Sehvermögen gut erhalten. Obstipation, Appetit gering, Puls klein 86—90. Die genannten Erscheinungen steigerten und complicirten sich. Der *linke Rectus internus wurde total gelähmt; der linke Abducens begann sich*

an der Lähmung zu betheiligen. Es entstand eine *geringe jedoch deutliche Parese des rechten Mundfacialis, Abschwächung des Händedrucks rechts; Zunge weicht nach links (!) ab. Die Parese des linken Abducens nimmt zu, der rechte Rectus internus wird ebenfalls gelähmt:* alle seitliche Bewegung hat aufgehört, nur die Blickbahn nach oben und unten ist frei: *(Lähmung der associirten Seitwärtsbewegungen).*

Medication: Jodkalium, zuerst 2, dann, als es gut vertragen wurde, rasch steigend, bis zu 6 Gramm täglich. Im Ganzen hat die Pat. 850 Gramm, also fast $1^3/_4$ Pfd. Jodkalium in der Zeit vom 26. Juli bis 12. December genommen. (In 139 Tagen 850 Gramm, macht genau 6,1 Gramm täglich Ref.) Von Mitte August an tritt die Besserung ein, Patientin wurde vollständig hergestellt. Die Herderscheinungen gehen in umgekehrter Reihenfolge, wie sie entstanden sind, zurück: zuerst bessert sich die Lähmung des linken Abducens und rechten Rectus internus, dann die des linken Rectus internus, zuletzt die des rechten Abducens. Auch die Allgemeinererscheinungen verlieren sich, ebenso die Stauungspapillen; nur Spuren der Hemiplegie bleiben zurück.

Verfasser diagnosticirte einen Tumor des Pons in der Nähe des Abducenskernes, (Raum zwischen diesem und der Mittellinie in der hinteren Brückenabtheilung), in welcher Lokalität er ein doppelseitig vorhandenes Centrum für die associirten Augenbewegungen supponirt; das linke für die Seitwärtsbewegungen nach links, das rechte für die nach rechts. Der Tumor ist von rechts nach links gewachsen und hat in dieser Richtung die Mittellinie überschritten; in umgekehrter Richtung hat er sich zurückgebildet. Zur Erklärung der hemiplegischen Erscheinung wird angenommen, dass ein Fortsatz des Tumors die linke Pyramidenbahn beeinträchtigt hat, also bis in die vordere Brückenabtheilung vorgedrungen sein muss. Der Tumor scheint ein gummöser gewesen zu sein.

Erlenmeyer.

---

78) **A. Adamkiewicz:** Ueber isogalvanische und isofaradische Reaktion.

(Przeglad lekarski No. 48, 79.)

A. versteht unter isogalvanischer Reaktion dasjenige Verhalten der Muskeln, bei welchem sie, durch den intermittirenden Strom völlig unerregbar, hingegen auf den konstanten Strom nach der Zuckungsformel gesunder Muskeln reagiren. Er findet eine schöne, physiologische Analogie zu diesem Verhalten in demjenigen gesunder Muskeln, welche von ihren Nervenfasern getrennt sind. Weniger einer physiologischen Erklärung zugänglich erscheint ihm das entgegengesetzte Verhalten kranker Muskeln, darin bestehend, dass dieselben neben völliger Unerregbarkeit durch den constanten Strom auf den intermittirenden Strom normal reagiren. Er beobachtete dieses Verhalten, welches er als isofaradische Reaktion bezeichnet, bei einer 38 jährigen Kranken, welche nach dem Ueberstehen einer schweren Bauchfellentzündung von einer leichten, beiderseitigen

Lähmung der Unterschenkel befallen wurde. Füsse und Zehen der bettlägerigen Kranken waren nach der Sohle gekrümmt und konnten nur mit grosser Anstrengung sehr unvollständig nach der Rückenseite zu bewegt werden. Bei diesen Bewegungen waren die mm. tibiales antici fast ausschliesslich betheiligt, während die mm. peronei sich gar nicht contrahirten. Die elektrische Prüfung ergab Folgendes: die mm. peronei longi und gastrocnemii waren freiwillig verkürzt und reagirten sowohl auf den intermittirenden, wie auf den konstanten Strom, (nach der Normalformel), jedoch sehr schwach. Beide mm. extens-digit. comm. nur schwach durch den Willen zusammenziehbar, gaben deutliche Entartungszuckungen. Auf den intermittirenden Strom reagirte blos der linke. Beide mm. tibiales antici zogen sich sowohl willkührlich, als durch den intermittirenden Strom zusammen, während der stärkste, konstante erfolglos blieb. Auch der Vergleich mit gesunden Muskeln derselben Kranken ergab eine völlig normales Verhalten der tibiales antici gegen den intermittirenden Strom, während selbst der stärkste konstante Strom (50 Elemente) keine Zuckungen hervorbrachte. Dies ändert sich während einer längeren Behandlung mittelst beider Ströme dahin, dass die tibiales zuletzt nach der Normalformel reagirten, und die Kranke geheilt entlassen werden konnte. A. folgert aus dieser Beobachtung, dass zwischen der Erregbarkeit der Muskeln durch den Willen und der elektrischen eine ganze Reihe von Abstufungen existirten. Auch bestätige dieser Umstand seine schon bei einer früheren Gelegenheit gemachte Bemerkung, dass die Erregung der Muskeln durch den Willensreiz und ihr Verhalten gegen den elektrischen Strom zwei gänzlich unabhängige Funktionen sind, sowie ferner, dass zwischen der Erregbarkeit durch den intermittirenden und derjenigen durch den konstanten Strom ein bedeutender Unterschied besteht, dieselben somit von einander unabhängige Innervationsformen der kontraktilen Muskelsubstanz sind. Landsberg (Ostrowo).

---

79) Die im Jahre 1879 publicirten wichtigeren Arbeiten über vergleichende Anatomie des Centralnervensystems der Vertebraten.

(Schluss.)

Auch *Pansch* (12) beschäftigt sich eingehend mit dem Gehirn der Carnivoren, die er auf Grundlage des Verlaufs der Furchen an der Grosshirnoberfläche in drei Gruppen eintheilt, die übrigens nicht immer ganz mit den gleichnamigen zoologischen Familien übereinstimmen: Canina, Felina, Ursina.

Da der Verfasser die allgemeinen Schlüsse, welche sich aus seinen Untersuchungen ergeben, auf eine weitere Arbeit reservirt, in welcher auch die Gehirne anderer Säugethierclassen, vorzüglich die der Herbivoren in Betracht gezogen werden sollen, so muss hier von einer eingehenderen Besprechung Abstand genommen werden.—

Untersucht man den centralen Riechapparat des Menschen, so wird man erstaunen müssen über dessen Complicirtheit und dessen

zahlreiche Verbindung mit der Hirnrinde im Vergleiche mit den anderen Sinnesorganen, während doch der Geruch unter allen Sinnen beim Menschen entschieden am wenigsten entwickelt ist und die niederste Stufe einnimmt. Studirt man aber nach dem Vorgange von *Broca* (3) den centralen Verlauf der Riechbahnen in der gesammten Säugethierreihe, so zeigt sich, dass beim Menschen eben nur mehr die Rudimente eines bei vielen Thieren höchst ausgebildeten Organnes vorhanden sind, man gelangt aber auch gleichzeitig zum richtigen Verständniss der einzelnen Abtheilungen des cerebralen Riechapparates, was auf anderem Wege kaum zu erreichen ist.—

In einer früheren Arbeit (vgl. d. Zeitsch, 1879 pag 295) hat *Broca* mehrere Wurzeln für den Nervus olfactorius angegeben und zwar eine innere aus dem vorderen Theile des gyrus fornicatus, eine äussere aus dem gyrus hippocampi, eine obere aus dem Stirnlappen und eine mittlere, deren Fasern (wenigstens bei vielen Thieren) nicht nur zur vorderen Commissur sonderen auch direct in den Hirnschenkel gelangen.— Jene aus dem Bulbus olfactorius in den Hirnschenkel übergehenden Fasern der mittleren Wurzel schmiegen sich den motorischen Hirnschenkelfasern an, sind demnach höchst wahrscheinlich ebenfalls als motorisch anzusehen, und dürften aus den grossen mit mehreren Fortsätzen versehenen Ganglienzellen des Bulbus stammen, wie sie besonders in einer Schichte desselben in höchst characteristischer Weise einreihig angeordnet sind.—

Diese motorischen Fasern aus dem Bulbus olfactorius, welche selbstverständlich reflectorischen Zwecken dienen, scheinen beim Menschen zu fehlen.

Ein Theil der Wurzelfasern biegt aus dem Stirnlappen direct in den Tractus olfactorius hinein (obere Wurzel); es ist anzunehmen dass der Theil der orbitalen Stirnlappenfläche, welche hinter dem sulcus cruciatus beim Menschen gelegen ist, die Ursprungsstelle dieser Bündel darstellt (centre antérieur). Physiologisch wäre es centre de direction zu nennen, es „ermöglicht eine unmittelbare Verbindung der Geruchseindrücke mit der Intelligenz und wahrscheinlich ist es seine Aufgabe, die Handlungen durch den Geruchssinn zu dirigiren“.—

Die eigentlichen rein sensorischen Centren des Geruchssinnes werden durch den gyrus hippocampi (centre olfactiv postérieur für die äussere Wurzel) uud den vorderen Theil des gyrus fornicatus (centre supérieur für die innere Wurzel) dargestellt. Beide Centren sind miteinander in directe Verbindung gebracht, durch einen Faserzug (bandelette diagonale de l'espace quadrilatère), der allerdings bei Thieren viel deutlicher zu sehen ist, beim Menschen manchmal nicht gefunden werden kann, aber in mehreren Fällen von Dementia paralytica als deutliches weisses Band, welches schief über die substantia perforata anterior hinwegzog, zu sehen war. Diese Bandelette diagonale zieht von der Spitze des Schläfelappens nach vorn und innen, und trifft an der medialen Fläche des Gehirnes mit der innern Riechwurzel und dem unteren, vorderen Ende des gyrus fornicatus an einer Stelle zusammen, welche Broca carrefour (d. h. Platz an dem mehrere Strassen zusammentreffen) nennt. Die

Verschiedenheit in der funktionellen Bedeutung des centre postérieur et supérieur sucht Broca darin, dass seiner Meinung nach, im gyrus hippocampi die Perception der Gerüche an und für sich, hinsichtlich ihrer Qualität statt findet, während der gyrus fornicatus dazu bestimmt ist, angenehme und unangenehme Gerüche zu unterscheiden. — So wenig sich gegen die zahlreichen vergleichend-anatomischen Thatsachen, welche *Broca* mittheilt, etwas einwenden lässt, so wenig ist er allerdings im Stande die oben mitgetheilten physiologischen Hypothesen gehörig zu begründen.

Wilder (17) beschreibt in einer dem Ref. nicht zugänglichen Arbeit das Gehirn einer Katze mit Balkenmangel.

Tartuferi (15) hat seine Arbeit über die Vierhügel der Säugethiere, insbesondere des Maulwurfes, worüber wir bereits im vergangenen Jahre (vgl. diese Zeitschr. 1878. pag 322) nach einer vorläufigen Mittheilung des Autors referirten, nun ausführlich veröffentlicht. Der Hinweis auf das eben erwähnte Referat möge hier genügen.

Die microskopische Untersuchung der Grosshirnrinde des Delphines ergab nach Owsjanikoff (11) nichts wesentlich Neues. Er hat auch die Hirnrinde anderer Säugethiere untersucht, und kommt zu dem Schlusse, dass der Bau der Grosshirnrinde bei allen Säugethieren annähernd der nämliche sei. Der Unterschied liegt nur in dem grösseren oder geringeren Reichthume an Nervenzellen oder bindegewebigen Elementen. Ganz dasselbe lässt sich über den Bau der Kleinhirnrinde aussagen.

In einer sehr ausgedehnten Arbeit beschäftigt sich *Loewe* (10) mit der Entwicklung des Kaninchenhirnes (Morphogenese, Histogenese und Fibrogenese) mit Bezugnahme auf die Deutung der einzelnen Hirntheile im Vergleiche mit den anderen Wirbelthieren. Gehirn und Rückenmark lassen sich auf einen morphologischen Grundtypus zurükführen, der aber nur in der allerersten Entwicklungsperiode zu Tage tritt. Auch lässt sich an Gehirn und Rückenmark überall der gleiche histologische Grundtypus (5 Schichten) nachweisen.

Duval (6) hat seine Untersuchungen über den Ursprung der Gehirnnerven fortgesetzt, und giebt zunächst noch weitere Details über den Ursprung und intracerebralen Verlauf des Nervus trochlearis (Vegl. diese Zeitschr. 1879 pag. 298).

Die vollständige Trochleariskreuzung in der valvula cerebelli ist eine anatomisch unläugbare Thatsache. Wenn sie auch von Exner, auf Grund physiologischer Experimente, welche dieser am Kaninchen anstellte, nicht anerkannt wird, so sind doch auch für dieses Thier die Verhältnisse ganz klar und entschieden. Man kann sogar maskroskopisch bei etwa 8 monatlichen menschlichen F eten, oft auch beim Neugeborenen, noch deutlicher aber bei Schafen oder Hunden die weissen Trochlearisfasern ganz deutlich durch die valvula cerebelli hindurch verfolgen. Beim Maulwurf fehlt der N. Trochlearis, demnach auch seine Wurzel und sein Ursprungskern, vollständig; hingegen ist die absteigende Trigeminuswurzel relativ sehr mächtig entwickelt. —

Der Ansicht, dass die absteigende V. Wurzel die trophische Wurzel des Trigeminus darstelle (Merkel), oder dass sie die

sensorischen Fasern für die Gebilde der Orbita führe (Krause) kann sich Duval nicht anschliesen. — Zwei französische Arbeiter, Jolyet et Blanchard (8.) haben das von Berger gefundene Rückenmarksband (vgl. diese Zeitschr. 1879. pag. 323) bei Schlangen nochmals endeckt und in staunenswerther Uebereinstimmung mit diesem Autor beschrieben.

Mehrere Arbeiten beschäftigten sich mit dem Bau des Fischgehirnes. Sanders (14) bringt eine sehr eingehende und klare Darlegung sämmtlicher das Fischhirn betreffenden Verhältnisse. Ausgehend vom Gebirne von Mugilcephalus zieht er auch die anderen Knochenfische mit in Betracht; er beschreibt zuerst die äusseren grob anatomischen Verhältnisse, geht hierauf in den feinsten histologischen Bau ein, und erörtert schliesslich den centralen Ursprung der einzelnen Hirnnerven. — Es ist hier nicht der Platz auf die einzelnen Details dieser Arbeit einzugehen.

Auch Belloni (2) hat sich die Aufgabe gestellt die verschiedenen Regionen des Gehirns der Knochenfische nach ihrer genauen Structur zu untersuchen, um im Zusammenhange mit embryologischen Untersuchungen die Homologieen herzustellen. Bei den Fischen entspringen die Axencylinder der sensorischen Nerven aus einem Netze, welches von den Protoplasmafortsätzen der sensorischen Zellen gebildet wird, während die motorischen Axencylinder ihren Ursprung von den motorischen Zellen direct nehmen. Die sensorischen Ganglienzellen, welche im Ganzen kleiner sind, aber einen grossen Kern besitzen, färben sich nicht mit Ueberosmiumsäure, während die meist grösseren motorischen Zellen mit diesem Reagens eine schwärzliche Farbe annehmen. —

Das Kleinhirn der Neunaugen hat nach Jeleneff (7) Untersuchungen seinem feineren Baue nach am meisten Aehnlichkeit mit dem des Frosches. Die Elemente der Körnerschichte hält Jeleneff für ausschlieslich nervös. Die Purkinjeschen Zellen sollen eine Membran besitzen, ihre peripheren Fortsätze mit Nervenfasern nicht in Zusammenhang stehen. Eine von der Körnerschichte getrennte Markschichte lässt sich bei Petromyzon nicht unterscheiden.

Dass das Gehirn der Wirbelthiere nicht als Bildung sui generis sonderen als fortentwickeltes, durch äussere Einflüsse transformirtes Rückenmark aufzufassen sei, findet nach Wiedersheim (16) eine Begründung im Bau des Centralnervensystem von Ammocoetes. Während das Centralnervensystem vom Amphioxus die niederste Entwicklungsstufe des Säugethierhirnes darstellt, finden wir auch noch beim Ammocoetes die medulla oblongata im Verhältniss zur Summe aller übrigen Hirnregionen mächtig überwiegend (2—3: 1). Auch die Art und Weise des Ursprunges der spinalen und cerebralen Nerven beim Ammocoetes weist auf einen Uebergangstypus von der einfachen Amphioxusform zu den höheren Formen hin.

Retzius (13) hat bei Fröschen, Hühnern, Ratten, Kaninchen Katzen und beim Menschen die Spinalganglien und die analogen Ganglien der Hirnnerven, vorzüglich das Ganglion Gasseri und das Ganglion jugulare N. vagi untersucht, und überall eine übereinstimmende Structur der Ganglienzellen gefunden. Alle Zellen zeigten

nur einen einzigen Fortsatz, der bald zu einer markhaltigen Nervenfaser wird. Diese theilt sich bei allen Thieren, nachdem sie einen Kern oder mehrere Kerne mit dazwischen liegender Ranvier'schen Einschnürung getragen hat, constant in zwei Aeste.

Obersteiner (Wien).

---

80) **Fr. Franck et A. Pitres**: Des dégénérations secondaires de la moelle épinière consecutives à l'ablation du gyrus sigmoide chez le chien.

(Progr. med. 1880 Nro. 8.)

Die Verfasser haben an zwei Hunden, welchen sie die Rindenschicht der motorischen Zone ganz oder theilweise abgetragen haben, die Folgen dieser Abtragung auf das Rückenmark studirt und gelangten dabei zu folgenden Schlüssen:

1) Eine Verletzung der Corticalsubstanz der motorischen Zone beim Hund kann eine secundäre Degeneration des Rückenmarkes zur Folge haben.

2) Es scheint, dass diese secundäre Degeneration anatomisch der bei dem Menschen in Folge cerebraler Erkrankungen entstandenen ähnlich ist, welche sich jedoch symptomatologisch dadurch von dieser unterscheidet, dass sie keine Muskelcontractur zur Folge hat.

Beob. I. Einem kräftigen Hunde wird die Rindensubstanz der rechten hinteren Centralwindung, deren Reizung Bewegung im *linken Vorderbein* hervorbrachte, entfernt. Die Heilung der Wunde erfolgt bald. Es blieb anfangs nur eine leichte Parese des linken Vorderbeines zurück, die aber allmälig zunahm. Nach mehreren Monaten beobachtete man bei dem Thiere die Neigung, resp. Zwang, sich beim Gehen nach rechts zu drehen. Im 9. Monate stossende Muskelzuckungen, in der Muskulatur des Halses, des Hinterbeines, des Ohres, der Oberlippe, des Auges und der Lider der linken Seite. Das linke Vorderbein blieb von diesen Convulsionen frei. Kurz darauf wurde das Thier kränker, es wurde unruhiger, wollte nichts fressen und machte Miene zu beissen. Beim Gehen Reitbahnbewegungen von links nach rechts. Die Convulsionen nahmen an Intensität rasch zu. Wollte sich das Thier beim Anrufen aufrichten, so fiel es nach rechts um; der Kopf ist nach rechts gedreht, die Stellung der Bulbi ebenfalls nach rechts. Es kann weder fressen noch saufen. Goss man ihm Flüssigkeiten in den Rachen, so schluckte es dieselben gierig hinunter. Chloralhydrat beseitigte die Muskelkrämpfe. — Kurz vor dem spontanen Tod liessen die Convulsionen nach; das linke Vorderbein wurde schlaff und war leicht biegsam. *Muskelcontracturen wurden nicht beobachtet.*

Section. Von der ursprünglichen Läsion aus hatte sich eine Encephalitis ausgebildet, welche sich bis zum Niveau des rechten corp. striat. ausdehnte. Die vordere rechte Pyramide war körniger als die linke. — Die mikroscopische Untersuchung ergab einen afficirten, auf dem Querschnitt triangulären Strang, am ausgedehntesten in der Cervicalregion, der sich in der hinteren Parthie des linken Seitenstrangs durch die ganze Länge desselben hinzog und isolirt in der Mitte der Strangfasern gelegen war, welcher weder die äus-

sere Oberfläche des Markes noch die äusseren Grenzen des hinterhornes erreichte. Die Nervenfasern lagen an dieser Stelle nicht dicht aneinander, sonderen waren durch eine granulirte Masse mit zahlreichen Blutgefässen getrennt. Sonst keine Veränderung am Rückenmark. — Vulpian hat bei einem Versuche Aehnliches constatirt. Die Section ergab dort neben ausgedehnter Encephalitis Atrophie des Gehirnschenkels und vord. Pyramide der verletzten Seite und eine absteigende secundäre Degeneration in der hinteren Partie des Seitenstrangs der anderen Seite. —

Beob. II. Bei einem zweiten Hunde wurde die ganze corticale Schicht des gyr. sigm. abgetragen. Nach der Operation die gewöhnlichen Bewegungstörungen, die jedoch bald verschwanden, sodass das Thier *fast* gesund erschien. Auch nach 5 Monaten ist weder eine bemerkenswerthe Schwäche, noch Contractur auf der linken Seite zu constatiren. Nur wenn es lange Zeit gelaufen war, wurde der linke Vorderfuss höher gehoben als der rechte, was beim Verschliessen der Augen noch deutlicher wurde. Beim Emporheben am Halse ist das linke Vorderbein mehr herabhängend als das rechte und ist die Tatze dieser Seite gegen hohe Temperatur weniger empfindlich als die andere.

Nach 6 Monaten wurde die frühere Operationsstelle blosgelegt. Es zeigte sich über dem gyr. sigm. eine weiche graue Masse, die mit der verdickten dura mat. innig zusammenhing. Jene war unempfindlich und es erfolgten auf Reizung derselben mit dem farad. Strom nirgends Muskelbewegungen. Reizte man die erhaltenen Hirnwindungen an dem hinteren Abschnitte der neugebildeten grauen Membran, so erfolgten leichte Bewegungen in der Zunge, im Ohr, in den Lidern der linken Seite. Bei Reizung der später blosgelegten weissen Substanz des centr. oval. erfolgten deutliche Bewegungen nur dann, wenn gewisse, den erhaltenen Windungen correspondirende Stellen gereizt wurden. Eine Reizung anderer Stellen löste keine Bewegungen aus.

Autopsie. Die vordere rechte Pyramide zeigte ein körnigeres Aussehen als die linke, aber keine graue Verfärbung. — Das Rückenmark war nicht asymmetrisch, dagegen der linke Seitenstrang in seiner ganzen Länge etwas gelblich gefärbt und matter als der rechte. Mikroscopisch zeigte derselbe eine grosse Zahl granulirter Körper. An der gehärteten medulla war ein schmaler triangulärer Streifen absteigender secund. Degeneration in den hinteren Parthien des linken Seitenstranges, in der ganzen Länge desselben, sichtbar. — Der rechte Seitenstrang zeigte dies nicht, schien aber in den 2 hinteren Drittel fester nnd dunkler gefärbt zu sein, als im normalem Zustand. Halbey (Bendorf).

---

81) Stanislaw Domanski: Beitrag zur Therapie der Krankheiten des Nervensystems.

(Przeglad lekarski Nro. 9. u. 10, 79.)

Nachdem D. vorausgeschickt, dass es sich bei der Anwendung der Heil-Elektrizität um örtliche Wirkungen auf örtliche Leiden handelt, wendet er sich zu den bisher gemachten Versuchen, ver-

mittelst derselben auf den ganzen Körper einzuwirken und nennt hier zuerst die Galvanisation des Sympathicus durch Remak, als eine wegen der Mangelhaftigkeit ihrer physiologischen Grundlagen mit Recht verlassene Methode. Als viel erfolgreicher bezeichnet er die Methode der allgemeinen Elektrisirung von Beard und Rockwell, welche darin besteht, dass die eine Elektrode festangesetzt wird, während man mit der anderen die Haut abwechselnd bestreicht. Dieselbe habe jedoch in Europa wenig Anhänger gefunden. Endlich schlugen im Jahre 55 Verquèt und Poey aus Havanna die Kombination des galvanischen Stroms mit Bädern zur Entfernung schädlicher Metalle aus dem Organismus vor und wollen damit gute Erfolge erzielt haben. Verquèt benutzte die elektrischen Bäder, um verschiedene Arzneien vermittelst des galvanischen Stroms in den Körper des Kranken zu bringen. Beard und Bockwell haben beobachtet, dass die Pupille des Kranken sich sofort erweitert, wenn die Badeflüssigkeit des elektrischen Bades aus einer Atropinlösung besteht. D. lässt physikalische Erläuterungen folgen, demzufolge, wenn wir einen Leiter in den galvanischen Strom einschliessen, beide Electricitäten nicht auf gradem Wege in einander fliessen, sondern sich nach den verschiedensten Richtungen vertheilen, dies muss umsomehr der Fall sein, je mehr sich der Leiter von der Gestalt eines überall gleich dicken Metalldrahtes entfernt. Da nun der thierische Körper in diesem Falle ist, so ist die Begrenzung der Einwirkung der Elektricität auf einen bestimmten Ort unmöglich, vielmehr wird immer der ganze Körper elektrisirt, wenn auch die Wirkung des elektrischen Stromes an den Ansatzstellen der Elektroden und in ihrer Nähe sowie auf der geraden Verbindungslinie Beider am sträksten ist. Stets wird daher behufs örtlicher Wirkung der anatomische Sitz der Krankheit aufgesucht werden müssen. In solchen Krankheitsfällen, wo es sich um zahlreiche, von einander entfernte, Krankheitsherde handelt, empfiehlt D. das elektrische Bad, welckes als örtliches und allgemeines angewendet werden kann. Zu den allgemeinen elektrischen Bädern bedient man sich einer gewöhnlichen hölzernen, metallenen oder porzellanenen, mit gewöhnlichem Wasser gefüllten Wanne. Eine Isolirung ist zufolge physikalischer Gesetze nicht nothwendig. Ist die Wanne von Metall, so verbindet man mit ihr die eine Elektrode und lässt die zweite angefeuchtete von dem Kranken über dem Wasser halten. Ist die Wanne von Holz oder Porzellan, so wird die eine Elektrode in eine Metallplatte auslaufend, in das Bad gebracht, während die andere vom Kranken gehalten wird. Je weniger Wasser im Bade desto kräftiger ist nach bekannten physikalischen Gesetzen die Wirkung des elektrischen Stromes auf die untergetauchten Theile. Die bei den Kranken erregten Empfindungen stimmen vollständig mit den bekannten physikalischen und physiologischen Gesetzen überein. Die im Wasser angebrachte, oder mit der Wanne verbundene Elektrode wird gar nicht empfunden, während die in der Hand, oder auf einer anderen nicht untergetauchten Hautstelle angebrachte, lebhafte Funken oder Brennen erzeugt. Die örtlichen elektrischen Bäder bestehen einfach in dem Ansetzen der gewöhnlichen Elektroden,

welche durch Wasser verlängert sind. D. führt zuletzt einige Fälle eigener Beobachtung an. Er wandte die örtlichen elektrischen Bäder hauptsächlich zur Heilung hartnäckiger Nervenschmerzen an, da wo andere Mittel entweder gar nicht, oder nur sehr wenig geholfen hatten und nachdem auch der constante Strom durch längere Zeit ohne Erfolg angewendet worden war und zwar in der Art, dass eine Metallplatte, mit dem negativen Pol verbunden, in eine Schüssel mit lauem Wasser gebracht wurde, in welche der Kranke die Hand oder den Fuss hineintaucht, während die positive Elektrode, in der Umgegend des schmerzenden Nerven aufgesetzt oder hin und her bewegt wurde. Die Sitzung dauerte 10—20 Minuten. Von dem Durchgehen eines starken Stromes überzeugte die starke Abweichung der Maugnetnadel und die jeder Elektrode eigene Wirkung auf die Haut. Mit den schliesslichen Erfolgen ist D. sehr zufrieden und will namentlich zwei hartnäckige Neuralgien des Trigeminus, welche seit 5 resp. 8 Jahren bestanden, wesentlich gebessert, resp. fast geheilt haben. Besondere Erwähnung verdient ein Fall von chronischem Gelenkrheumatismus, mit Ergriffensein fast sämmtlicher Gelenke und zeitweise sogar der Schädelnähte, in welchem 36 Arzneien und Mittel ohne Erfolg gebraucht worden waren und in welchem durch den Gebrauch örtlicher Bäder, verbunden mit starken Strömen (bis zu 70 Elementen) eine wesentliche Besserung erzielt wurde. D. fasst schliesslich die Resultate seiner Arbeit dahin zusammen:

1. Dass das in Rede stehende therapeutische Verfahren weitere Anwendung verdient. 2. Dass die elektrischen Bäder nur eine Modification in der Anwendung der Elektricität sind. 3. Der unzweifelhafte, obgleich nur zeitweise Erfolg der elektrischen Bäder gegen Neuralgien erklärt sich entweder daraus, dass bei ihnen Ströme von so bedeutender Stärke in Anwendung kommen, wie sie die Kranken beim gewöhnlichen Elektrisiren wenigstens in der Umgebung der negativen Elektrode nicht ertragen würden, oder die Wirkung jeder Elektrode besonders ist im Bade ausgeprägter, als beim Gebrauch der gewöhnlichen Methoden, d. h. wenn beim galvanischen Strom das Wirksame nicht die Richtung ist, sondern die, jeder Elektrode eigenthümliche und aus der Physiologie bekannte Wirkung, so ist diese Wirkung in den elektrischen Bädern unter sonst gleichen Bedingungen stärker, als beim gewöhnlichen Elektrisiren.

Landsberg (Ostrowo).

---

82) **Fr. Rosenbaum**: Untersuchungen über den Kohlehydratbestand des thierischen Organismus nach Vergiftung mit Arsen, Phosphor, Strychnin, Morphin, Chloroform.

(Inaug. Diss. Dorpat 1879.)

Das centrale Nervensystem übt einen mächtigen Einfluss auf den Verbrauch der Kohlehydrate. Dafür spricht vor Allem das Auftreten von Diabetes nach der sogenannten Piqûre und nach Gehirn- und Rückenmarksverletzungen. Chaudelon hat nachgewiesen, dass das Glycogen in den Muskeln sich anhäuft, wenn die zugehörigen Nerven durchschnitten worden sind und Böhm und Hoffmann fanden reichliche Kohlehydratvorräthe in den Organen

von Thieren, welche nach Durchschneidung des Rückenmarkes im Verlaufe von 24—30 Stunden zu Grunde gegangen waren. Da nun die meisten Gifte vorzugsweise durch ihre Einwirkung auf das centrale Nervensystem tödtlich wirken, so stellte sich Verf. die Aufgabe den Einfluss der obengenannten Gifte auf die Glycogen- und Zuckerbildung in Leber, Muskel und Blut zu untersuchen. Alle Versuche wurden an kräftigen gutgenährten Katzen gemacht, das Gift subcutarr resp. durch Inhalation einverleibt. Alle Versuche ergaben eine rasche Abnahme des Glycogengehaltes der Leber, meist vollständigen Schwund schon innerhalb einiger Stunden; völliger Mangel des Glycogens in den Muskeln findet sich dagegen nur nach Strychninvergiftung in Folge der Krämpfe. Verminderung desselben nach Arsenik- und Strychninvergiftung. Der Zuckergehalt der Leber schwand nach Phosphorvergiftung vollständig im Laufe von 28—48 Stunden und war in den übrigen Versuchen vermindert, normal nur nach Morphiumvergiftung, übrigens ist bemerkenswerth, dass Morphium auf die Katzen niemals hypnotische Wirkung ausübte, es bewirkte immer starke Muskelunruhe, Krämpfe, heftiges Erbrechen, Angst. Die Schmerzempfindung war aufgehoben. Tod durch Respirationslähmung. Die Temperatur ging durch Strychnin- und Morphiumvergiftung continuirlich um mehrere Grade in die Höhe. Bei As, Ph, Chloroform continuirliches Sinken der Temperatur in ano.

Buch (Ishewsk).

---

83) **W. Pacht:** Ueber die cutane Sensibilität geprüft nach der Methode von Fr. Björnström.

(Inauguraldissert Dorpat 1879.)

Die Methoden zur Bestimmung des Schmerzgefühles der Haut waren bisher so unvollkommen, umständlich und nicht jedem Arzte zugänglich, dass der von Björnström 1877 veröffentlichte handliche Algesimeter mit Dank empfangen werden muste. Verf. hat auch dieses Instrument einer Prüfung unterzogen. Der Algesimeter besteht in einer Pincette zwischen deren Branchen eine Hautfalte geklemmt wird. Die an einem Zifferblatte ablesbare Druckhöhe giebt den Maasstab für die Empfindlichkeit. — Die Hauptfehlerquelle des Instrumentes ist dadurch gegeben, dass es sehr schwer ist, immer gleich hohe Hautfalten aufzuheben, denn einerseits darf nicht das subcutane Fett- und Bindegewebe mitgenommen werden, weil dann die Empfindlichkeit zu gering erscheinen würde; andererseits würde sie zu hoch erscheinen, wenn nur die äussersten Schichten des Corium gefasst würden. Die Aufgabe nur das ganze Corium aufzuheben wird ganz unmöglich bei Personen mit praller Haut und wohl entwickeltem Fettpolster, also meistens bei Weibern und Kindern. Bei diesen ist, wie Jeder sich leicht überzeugen kann, an den meisten Körperstellen schon der Versuch, eine kleine Hautfalte zu heben, schmerzhaft. An allen stärker behaarten Körperstellen lassen sich keine genauen Untersuchungen anstellen, da immer die Haare mitgefasst und schmerzhaft gezerrt werden. Ausserdem lassen sich noch an folgenden Stellen gar keine oder nur sehr dicke Falten heben: An der behaarten Kopfhaut, Zunge, Kinn,

Wange, Glabella, Dorsalfläche der 3. Fingerphalanx, Vola manus, (bei Arbeitern), Ferse, Fusssohle, an der unteren Fläche der Zehen und der verticalen Mittellinie der Dorsalseite des Rumpfes. In vielen Fällen wird also leider das Instrument nicht anwendbar sein (Von anderen Fehlerquellen ist ausser einigen vermeidbaren noch eine zu erwähnen, welche weder von Björnström selbst, noch von Pacht genannt worden ist: Die Schnelligkeit mit welcher man den Druck anwachsen lässt. Je schneller dies geschieht, desto grösseren Druck kann man anwenden, ehe Schmerz entsteht und um so mehr fällt die Zeit ins Gewicht, welche vergeht, ehe der Eindruck zum Gehirn geleitet, der Schmerz geäussert und der Druck aufgehoben wird.) Diesen bedeudenten Fehlerquellen ist es denn wohl auch zuzuschreiben, dass Björnström und Pacht zu ganz verschiedenen Resultaten gelangten, was die Reihenfolge der Körperstellen in Bezug auf die Empfindlichkeit anlangt. Dass die Maxima und Minima der Empfindlichkeit einer Körperstelle bei einem und demselben Beobachter so sehr differiren — sie verhalten sich an derselben Körperstelle bei verschiedenen Personen wie 3 : 1 — rührt zum grösseren Theil wohl von individuellen Verhältnissen her. Uebereinstimmend fanden beide nur, dass Weiber viel empfindlicher sind als Männer und zwar, je fettleibiger, um so empfindlicher.

Buch (Ishewsk).

---

84) **D. H. Tuke:** Interperance in Study.

(Journ. of ment. sc. Jan. 1880, p. 495—504.)

Der Verf. findet, dass durch übermässige geistige Anstrengung beim Lernen oder Studiren, häufiger als man glaubt, Nerven und Geisteskrankheiten verursacht werden. Er beobachtete geistige Erschöpfung, Exaltations- sowie Depressionszustände, Selbstmord, Epilepsie und Chorea. In den Anstaltsberichten erscheint die angeführte Ursache selten angegeben, weil die Kranken der öffentlichen Anstalten sich überwiegend aus den ungebildeten Klassen recrutiren, dann auch, weil die hieher zu rechnenden Kranken oft gar nicht in Anstalten kommen. Der Verf. macht besonders aufmerksam auf die Ueberbürdung der Schüler mit Lehrgegenständen und auf die minimale Erholungszeit, die ihnen bleibt. Die beigebrachten Lehrpläne einiger englischen Lehranstalten sprechen in dieser Hinsicht deutlich genug.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

III. Verschiedene Mittheilungen.

85) **Aus Berlin.** Am 15. März tagte die 37. ordentliche Versammlung des psychiatr. Vereins zu Berlin unter dem Vorsitze Laehr's. Anwesend waren Laehr und Schäfer aus Schweizerhof; Zinn, Ullrich, Herz aus Eberswalde; Ideler, Schroeter, Heymann, Richter aus Dalldorf; Müller, Eyselein aus Blankenburg (Harz); Fränkel aus Bernburg; Sponholz, Edel, Filter, Liebert aus Charlottenburg; Mendel, Rabow aus Pankow; Hirsch aus Madeburg; Falk aus Berlin; Erlenmeyer aus Bendorf.

Fränkel sprach *über den Einfluss der abnormen Lage des Colon und grossen Netzes auf das Gehirn;* er hatte dieselbe abnorme Lage in 50% der Sectionen von melancholischen Kranken gefunden und schreibt ihr einen grossen Einfluss zu auf die reflectorische Entstehung von Psychosen mit depressiver Form. — Müller hielt einen interessanten Vortrag *über das Krankheitsbewusstsein*, Laehr sprach *über die Stellung der Geistlichen an Irrenanstalten* und empfahl, dass der Geistliche sich der Anstalt allein widmen, resp. in derselben wohnen solle. Zinn widersprach auf Grund seiner Erfahrung und hält es für die Kranken geeigneter, wenn der Geistliche nur von Fall zu Fall citirt werde. — An die Versammlung schloss sich ein solennes Diner, welches die Theilnehmer noch lange in freudigster Stimmung vereinigte.

86) Aus Leipzig. Herrn Director Dr. Voppel aus *Colditz* ist bis Ende April in Urlaub und wird dann seine Stellung aufgeben. Mit seiner Stellvertretung ist Herr Dr. Köhler betraut, der nach Voppels definitivem Abgange *Director in Colditz* werden wird. Köhler's Nachfolger in *Hubertusburg* wird Herr Dr. Lommatzsch sein. Voppel hat seinen Wohnsitz in Leipzig genommen. (Dr. M.)

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 2) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 3) Eichberg (Rheingau), III. Hülfsarzt, sogleich, 900 M., fr. Station. 4) Halle a. Saale, I. psychiatr. Klinik a) II. Volontärarzt, 600—1200 M. fr. Station, b) Assistenzarzt. II. provinc. Anstalt, Assistenzarzt. 5) Grafenberg (Düsseldorf), a) Assistenzarzt 900 M., freie Station. b) Volontairarzt 600 M. freie Station. 6) Owinsk (Posen) 1) Assistenzarzt 2000 M.; 2) Volontairarzt, 1600 M., fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung und Wäsche. 7) Allenberg (Ostpreussen) Assistenzarzt 1200 M. bei freier Station. 8) Eberswalde, Volontairarzt, 1. Mai, M. 1050, fr. Stat. 9) Schleswig, Irrenanstalt, Director 6500 Mark, Wohnung und Garten, für Feuerung 270 M. 10) Hildburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei freier Station. 11) St. Urban (Canton Luzern), II. Arzt und stellvertr. Director 3000—3500 Mark, 12) Prrovinc.-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., freie Station. 13) Bezirks-Irrenanstalt Saargemünd, Assistenzarzt 1200 M., freie Station. Eintritt April oder Mai. 14) Schweizerhof, Station Zehlendorf bei Berlin, III. Arzt, 1000 Mark und freie Station. Schriftliche Meldung beim Director Dr. Laehr. 15) Friedrichsberg bei Hamburg, Assistenzarzt. Meldungen an den Oberarzt Dr. Reye. 16) Marsberg, Volontairarzt, katholischer Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 17) Uckermünde in Pommern, Assistenzarzt, 1000 Mark und freie Station. — 18) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bochum (Bochum), Bublitz (Cöslin), Erkelenz (Aachen), Hagen (Arnsberg), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Mansfelder Landkreis (Eisleben). Mogilno (Bromberg), Osterburg (Magdeburg), Osterode (Königsberg), Sensburg (Gumbinnen), Stuhm (Marienwerder), Tondern (Schleswig), Stadtkreis Trier (Trier), Wehlau (Königsberg).

Ernannt. Dr. Bauer zum Physicus in Mörs. Dr. Herga in Guben zum Kreisphysicus in Lueben. Dr. Riemer in Pr. Friedland zum Kreisphysicus in Schlochau. Dr. Long in Breslau zum Stadtphysicus daselbst.

Todesfälle. Kreisphysicus Dr. Siegert in Krossen a. O.

Coblenz, Buch- & Notendruckerei von Ph. Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. | April 1880. | Nro. 8.

INHALT.

I. Originalien.

Notizen zur Bleilähmung.

Von Dr. ALFRED KAST,
Assistenzarzt an der electroth. Station in Heidelberg.

I.

In einer im „American Journal of Medical sciences"*) erschienenen Mittheilung behauptet John J. Mason bei Fröschen durch Einsetzen in Lösungen von Plumb. acet. (0,25—1,50 : 700 Aq.) nach wenigen Tagen Paraplegie mit Entartungsreaction erzeugt zu haben.

(* 1877 Juli, pg. 36.

Die Wichtigkeit des Gegenstandes forderte zu Controlversuchen dringend auf, welche ich auf Anregung und unter gütiger Leitung des Herrn Professor Erb im Laufe des Sommers 1879 anstellte.

Wir wählten genau die Versuchsanordnung des americanischen Autors:

Die Thiere wurden in offenen Töpfen bis an den Hals in die Bleisolution gesetzt, nachdem zuvor die electrische Erregbarkeit für beide Stromesarten quantitativ und qualitativ festgestellt worden war, und dieses Bleibad durchschnittlich alle 3—4 Tage erneuert.

Auch wir verwendeten zuerst das essigsaure Bleisalz, vertauschten es aber aus weiterhin anzuführenden Gründen später mit dem Bleichlorid.

Auffallenderweise wurde das Resultat der Versuche ein wesentlich verschiedenes je nach der Anwendung der einen oder der anderen Bleiverbindung.

Die in *Bleiessig* (0,7 pro Mille) eingebrachten Frösche zeigten ausser starker Desquamation der Epidermis nach 10—12 Tagen auffallend kraftlose und unbeholfene Bewegungen der Hinterbeine. Sie knickten beim Versuche sich an der Wand ihres Behälters emporzurichten, in die Hinterbeine ein, zogen dieselben bei passiver Abduction nur schwach und unvollständig wieder an den Rumpf, liessen sie bei Schwimmversuchen lang herabhängen etc.

Als Grund dieser motorischen Störung imponirte sofort eine enorme Volumszunahme der hintern Extremitäten, bedingt durch pralle Schwellung ihrer gesammten Weichtheile, vorzüglich der Muskulatur.

Die anfangs vorwiegend in den Waden und Schenkeln localisirte Infiltration gewann in den folgenden Tagen an Intensität und Ausbreitung, griff successive auf die anfänglich verschonten Muskeln der vordern Extremitäten und des Rumpfes über, bis schliesslich das ganze Thier zu einem bewegungslosen dicken Klumpen erstarrt verendete.

So das übereinstimmende Bild in einer Reihe derartiger Experimente.

Die mikroskop. Untersuchung der frischen Muskeln und Nerven, sowie des in Chromsäure erhärteten Rückenmarks liess ausser sehr intensiver entzündlicher Infiltration der Muskeln in keinem Falle irgend eine Anomalie, speciell keine Spur von degenerativer Atrophie etc. wahrnehmen.

Schwächere Lösungen von Plumb. acet. (0,4 pro Mille), die häufig gewechselt wurden, schienen ohne allen Einfluss auf die Thiere zu bleiben.

Nur in *einem* Falle, bei dem aus Versehen *während 12 Tagen die Flüssigkeit nicht* erneuert worden war, ging das Thier am 12. Tage unter den obengeschilderten Erscheinungen zu Grunde.

Ueber das *Verhalten der electr. Erregbarkeit* gibt nachstehendes Versuchsprotocoll, von dem sämmtliche (8—9) übrigen nur unwesentliche Abweichungen zeigen, Aufschluss:

Versuch III. Beginn 26. III. 79.

I) *Untersuchung vor dem Versuche* (Kalter Tag, die Thiere im Kalten verwahrt).

Farad. Erregbarkeit.

	R.		L.	
N. ischiad.	162	—	174	Mm. Rollenabstand: deutliche Contraction.
Wade	232	—	232	Mm.
Vordere Unterschelmuskulatur	199	—	199	Mm.
Vorderarmmuskulatur	225	—	234	Mm.

Galvan. Erregbarkeit.

2 Elem. Stöhrer

N. ischiad.	8*)	—	8	KaSz. > AnSz.
Wade	15	—	15	KaSz. = AnSz.
Vorderarm	16	—	16	KaSz. = AnSz.

II) 4. IV. 79. (Wärmere Temperatur.)

Farad. Erregbarkeit.

	R.		L.	
N. ischiad.	225	—	225	Mm.
Wade	272	—	272	Mm.
Vord. Unterschenkelm.	235	—	235	Mm.
Vorderarm	245	—	245	Mm.

Galvan. Erregbarkeit.

2 El. Stöhrer-Rheostat.

N. ischiad.	18	—	18	KaSz.″
Wade	18	—	18	KaSz.′ = AnSz.′
Vorderarm	18	—	18	KaSz.′ = AnSz.′

III) 17. IV. 79. (Warme Temperatur.) Beginnende Steifigkeit und Schwäche.

Farad. Erregbarkeit.

	R.		L.	
N. ischiad.	206	—	213	Mm.
Wade	274	—	270	Mm.
Vord. Unterschenkelm.	260	—	260	Mm.
Vorderarm	270	—	273	Mm.

Galvan. Erregbarkeit.

2 El. Stöhrer-Rheostat.

N. ischiad.	18	—	18	KaSz.
Wade	18	—	18	KaSz. = AnSz.
Vorderarm	18	—	18	KaSz. > AnSz.

Alle Zuckungen blitzähnlich, rasch. — *Keine Spur von Entartungsreaction.*

18. IV. Morgens wird das Thier todt gefunden. — Anatom. Befund wie oben beschrieben.

Aus diesem — ebenso wie aus allen übrigen gleichlautenden — Versuchsresultaten ergibt sich hiernach, dass *keine Andeutung von Entartungsreaction*, kein Sinken der faradischen, keine qualitiative Aenderung der galvan. Erregbarkeit eintritt.

Die eigenthümliche Reaction der Thiere auf die Einwirkung des Plumb. acet., deren ganzes Bild schon auf den ersten Blick als

*) Die Ziffern entsprechen der Centimetereintheilung des Stöhrer'schen Flüssigkeitsrheostaten; die grösseren Zahlen bedeuten entsprechend geringere Stromstärken.



von der Bleilähmung völlig different erscheinen musste, legte es nahe, auch an anderen Bleipräparaten dieselbe zu controliren.

Wir wurden dazu um so mehr geführt als ein in wenigen Tagen auf dem Grunde der Froschbehälter praecipitirter feiner weisser Niederschlag die rasche Zersetzung der Lösung bekundete.

Es wurde daher ein Präparat gewählt, in welchem die Säure inniger an das Blei gebunden ist — das *Bleichlorid* (in Lösungen von 0,4—0,8 pro Mille).

In der That fiel dieser Controlversuch vollständig negativ aus: die genaueste Beobachtung während 6 Monaten, in denen die Lösung alle paar Tage erneuert wurde, sowie häufig wiederholte electrische Exploration liessen nicht die geringste Anomalie in der Beweglichkeit oder dem electr. Verhalten erkennen.

Es liegt hiernach auf der Hand, dass die Mason'schen Angaben nicht den Thatsachen entsprechen, vielmehr wohl auf einer Täuschung beruhen, über deren Genese uns der Controlversuch mit dem Chlorsalz *bis zu einem gewissen Grade* aufklärt.

Bekanntlich ist nämlich im Plumb. acet. die Essigsäure an das Metall nur sehr lose gebunden. Eine Reihe anderer Säuren speciell die Kohlensäure, verdrängen sie aus dieser lockeren Verbindung.

Es liegt nahe in diesem chemischen Verhalten den Grund zu der „specifischen" Wirkung des Bleiacetats zu suchen, in dem Sinne, dass möglicherweise durch die Kohlensäure, wie sie sich durch den Stoffwechsel der Thiere selbst bildet und in der umgebenden Luft angehäuft ist, eine Spaltung des Bleisalzes eingeleitet würde. Die hierdurch in reichlicher Menge*) freigewordene Essigsäure würde dann als intensiver Entzündungsreiz wirken, dessen Effect zunächst an den mächtigen Muskelmassen der Hinterbeine, später dem gesammten Körper des Thieres hervortritt. Mit dieser Annahme würde eine Reihe von Thatsachen nicht im Widerspruche stehen: so der differente Ausfall des Versuchs bei Verwendung des Chlorids, die intensivere Reaction bei seltenerem Wechsel des Bleibads etc.

Jedenfalls steht so viel fest: dass es sich bei der von Mason als „Paraplegia saturnina" angesprochenen Bewegungsstörung *entfernt nicht um Bleilähmung handelt*, sondern um eine davon total differente Affection — möglicherweise um eine durch den chemischen Reiz freigewordener Essigsäure gesetzte Entzündung — der gesammten Weichtheile des Versuchsthieres, welche es den Muskeln aus rein *mechanischen* Gründen unmöglich macht, auf die Erregungen des Willens und des electr. Stromes zu antworten.

II.

Im Anschluss an obige Notizen möge hier noch in aller Kürze ein Fall von Bleilähmung Erwähnung finden, der auf der Station von Herrn Prof. Erb seit längerer Zeit in Beobachtung steht und einige nicht uninteressante Einzelheiten bietet.

Pat., ein zum 3. Mal an Bleilähmung erkrankter Schriftgiesser, zeigt im Allgemeinen die gewöhnliche typische Extensorenlähmung,

*) Das officinelle Plumb. acet. enthält 32% Essigsäurehydrat.



nebst Parese der Interossei beider Hände, sowie des rechten Thenar. In den befallenen Muskeln mehrweniger hochgradige Atrophie mit EA.-R. etc.

Die Muskulatur des linken Thenar functionirt nach allen Richtungen völlig normal. Keine Spur von Lähmung oder Schwäche. Damit contrastirt in eigenthümlicher Weise das electr. Verhalten der Muskeln des linken Daumenballens. Ihre Erregbarkeit vom Nerven aus ist für beide Stromesarten völlig erloschen, ebenso die directe faradische Erregbarkeit complet geschwunden. Dagegen ergibt sich bei directer galvan. Reizung *die ausgesprochenste Entartungsreaction* mit so auffallendem Ueberwiegen der Anodenwirkung, dass schon bei einer Nadelablenkung von 5⁰ die träge, tonische AnSz, erst bei 10⁰ dagegen die ebenfalls gedehnte, viel schwächere KaSz ausgelöst wird.

Wir haben also hier einen Fall von vollständiger Entartungsreaction bei anscheinend ganz normaler willkürlicher Bewegung. Es bedarf aber dabei der Erwähnung, dass die Muskulatur des linken Thenar ein Jahr früher etwa — bei der ersten Aufnahme des Kranken — in ihrer Motilität etwas geschwächt, jedoch niemals vollständig gelähmt war. Jetzt ist jedenfalls sehr auffallend, wie hochgradig und vollständig die Entartungsreaction auch heute noch bei objectiv ganz normaler Motilität sich darstellt.

Es reiht sich diese kleine Beobachtung also — mit einiger Modification — den früheren ähnlichen Beobachtungen von Erb, Bernhardt, Kahler & Pick und O. Berger an und zeigt aufs Neue, bis zu welchem Grade die willkürliche Beweglichkeit der Muskeln und die Leitungsfähigkeit der motorischen Nerven unabhängig sein kann von degenerativen Processen in beiden und von den damit im engsten Zusammenhange stehenden Veränderungen der electr. Erregbarkeit.

II. Referate.

87) **A. v. Monakow**: Zur pathologischen Anatomie der Bleilähmung und der saturninen Encephalopathie.

(Arch. für Psych. und Nervenkr., X. Bd. 2. Heft.)

Die Einleitung, welche in klarer Weise die herrschenden Ansichten von dem Ausgangspunkte des saturninen Leidens bespricht, umgehen wir hier und bringen den vom Verf. eingehend studirten Fall.

G. Näf, Maler, 56 J. alt, aufgenommen den 14. Juli 1878, stammt aus gesunder Familie. Seine 5 Kinder starben alle vor dem 2. Altersjahre an Krämpfen, Frau gesund. Schon früh Anfälle von Bleikolik. Seit 10 Jahren Extensorenlähmung der r. Hand. Vor 2 Jahren erneute heftige Kolikanfälle, Lähmung der Daumenballenmuskulatur. Spuren von Geistesstörung. Vor $^5/_4$ Jahren apoplectiformer Anfall mit Störung der Articulation, angeblich mit Parese des r. Armes. Vor 4 Monaten 2 ähnliche Anfälle. Verschlimmerung der Sprachstörung, Abnahme des Gehörs.

Status. Pupillen eng, reagiren träge. Linker Mundwinkel hängt tiefer als der rechte, Zunge deviirt etwas nach rechts. Bleirand der Kiefer. Puls strickförmig anzufühlen, 50 p. Minute. Rechter Arm wird mit Mühe gehoben, Muskulatur am l. Daumenballen total geschwunden, ebenso die der Extensoren des Vorderarms. R. Hand in Krallenform, geringes Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen. Sprache langsam, aegophonisch. Auf der ganzen l. Körperhälfte Analgesie. Schwerhörigkeit rechts. Gedankenablauf sehr verlangsamt. Ideenkreis klein, Gedächtniss sehr geschwächt. Im September maniakal. Erregung, die sich im October steigerte. Von da an Abnahme der Ernährung. Schluckbeschwerden. Pat. wurde völlig verwirrt. Am 23. Nov. fiel er auf den Boden und erlitt ein bedeutendes Haematom in der Sacralgegend. Temp. 33,0—35,0 C. Decubitus, Coma, Sinken der Temp. bis auf 29,5 C. 4. Dez. Exitus.

Sectionsergebniss. Hochgradiger Hydrops meningeus. Erste und dritte Stirn-, hintere Centralwindung links, beide Centralwindungen rechts stark atrophisch. Durasack des Rückenmarkes bedeutend erweitert und prall mit seröser Flüssigkeit gefüllt; kleine spinale Haemorrhagieen. Lungen emphysematös gebläht. Rechter Nerv. radial. etwas dünner als linker, Verzweigungen etwas grau verfärbt. M. ext. digit. comm. long. und brevis, sowie M. opponens rechts total atrophisch, von graugelber Farbe. M. extr. carp. rad. und uln. sowie deltoid., an Volumen reducirt mit gelben Streifen.

Mikroskop. Befund an den Muskeln ergab Primitivfasern mit Quer- und Längsstreifung und bedeutender Kernwucherung. Vollständig ist die Quer- und Längsstreifung an wenigen Stellen geschwunden, dann körniges Aussehen der Fasern mit Fetttropfen. Das Mark des rechten n. radial. ist meist körnig zerfallen. Axencylinder zum Theil frei, zum Theil in welligem Bindegewebe eingebettet. Gefässe mit verdickten Gefässscheiden. Stamm des n. radialis bietet meist gut erhaltene Nervenfasern. Die Untersuchung des Rückenmarkes ergab an frischen Präparaten in Deiters'scher Lösung macerirten Stücken in der Gegend der Cervicalanschwellung eine bedeutende Anzahl von corpora amylacea. An gehärteten Präparaten zeigte sich, dass in der Gegend des Austrittes des 6. Cervicalnervenpaares das r. Vorderhorn $^1/_3$ kleiner als das linke war. Im sog. mittleren Kerne Stellen mit Spinnenzellen und wenige meist atrophische Ganglienzellen. Kleine Haemorrhagien. Gefässe aneurysmatisch erweitert, geschlängelt; in den Adventialräumen zellige Ellemente. Von der Mitte des Austrittes des 7. Nervenpaares an sclerotische Plaques, zerstreut auch im Vorderhorn rechts, im mittleren wie oberen Kern. Auch linkes Hinterhorn sclerotisch entartet. Plaques treten gegen Mitte des Ursprungs des 8. Nervenpaares auf. Centralcanal durch wuchernde Endothelzellen obliterirt. Adventitialräume des Gehirnes — an frischen Präparaten — bedeutend dilatirt, mit Lymphzellen, Fettkugeln und Pigmenthaufen ausgefüllt. Capillaren zeigen Kernvermehrung, einzelne sind fettig entartet. An gehärteten Präparaten, bei Schnitten durch linke vordere und hintere Centralwindung sowie erste Stirnwindung,

schmale Rinde, in der reticulären Schicht freie Kerne und viele kleine Spinnenzellen, wenig Ganglienzellen völlig intact. Miliare Haemorrhagien an manchen Orten der weissen Substanz. Aehnliche atrophische Veränderungen im l. Linsenkern, in der caps. intern. sowie im Thal. optic. Atrophie der traubenförmig gelagerten Ganglienzellen des Quintuskerns, Acusticuskern in seiner Ausdehnung reducirt, manche Ganglienzellen atrophirt, Spinnenzellen. Glossopharyngeus-, Vagus-, Accessoriuskern atrophisch. Zellen des Hypoglossus-Kernes pigmentös entartet, Spinnenzellen, Vermehrung des Bindegewebes. Bei den eingreifenden Veränderungen, die namentlich das Rückenmark erfahren hat, sucht Verf. den Ursprung des Leidens in dasselbe zu verlegen. Sowohl das klinische als das anatomische Verhalten der Organe und der von Remak betonte Umstand des Ergriffenseins functionell zusammengehöriger Muskelgruppen spricht für den centralen Ausgangspunkt des Leidens. Die Veränderungen an den Muskeln sind dann als secundär zu bezeichnen.

Goldstein (Aachen).

---

88) **M. Duval und Raymond**: Ein Fall von Paralysis labio-glosso-laryngea.

(Arch. de Physiol. norm. et pat. 1879. 5. 6.)

Es handelt sich um eine Wäscherin von 52 Jahren, bei welcher ungefähr 8 Monate vor ihrem Tode, ohne nachweisbare Ursache die ersten Erscheinungen der Bulbärparalyse aufgetreten waren. Die Symptome boten im Wesentlichen nichts Bemerkenswerthes, der Verlauf war der gewöhnliche. Erwähnenswerth ist nur, dass trotz der sehr starken Sprachstörung das Schlingen ungehindert von Statten ging, und dass die Zunge ganz merklich atrophisch war. —

Von Interesse erscheint die genaue mikroskopische Untersuchung des Bulbus und seiner Kerne.

Die Ganglienzellen des Hauptkernes vom Nervus Hypoglossus waren vollständig spurlos verschwunden, hingegen fanden sich im Hypoglossusnebenkern (vergl. Referat über Duval's Arbeit diese Zeitschr. 1879 pag. 298.) ausser vielen in Pigmentatrophie begriffenen Zellen, noch einige ganz intacte vor, vorzüglich am anterolateralen Rande dieses Kernes. Daraus liesse sich der Schluss ziehen, dass die Bewegungen der Zunge, in sofern sie der Sprache dienen, vom Hypoglossushauptkerne aus, in wiefern sie aber beim Schlingacte mitwirken, vom Nebenkern aus, ausgelöst werden.

Im unteren Facialiskerne sind fast alle Ganglienzellen verschwunden, die wenigen vorhandenen sind grösstentheils einem pigmentösen Degenerationsprocesse anheimgefallen. Aehnlich verhielten sich der motorische Theil des Vago-accessorius- und des Trigeminuskernes.

Im Rückenmark waren die weissen Stränge, Hinterhörner und Clark'schen Säulen intact, hingegen fand sich in der Höhe des 5. Cervicalnervenpaares vollständige Atrophie der Vorderhornzellen, welche nach auf- und abwärts abnahm, sich aber durch die ganze Länge des Rückenmarks verfolgen liess.

In der Zunge konnte eine beträchtliche Atrophie der Muskelfasern constatirt werden, in geringerem Grade auch in den Muskeln des Gesichtes, des Halses und des Kehlkopfes.

Obersteiner (Wien).

---

89) **A. Pitres** und **C. Sabourin**: Bemerkungen über einen Fall von primärer Paralysis labio-glosso-laryngea.

(Arch. de physiol. norm. et pathol. 1879. 5. 6.)

Dieser Fall, welcher eine 74 jährige Frau betrifft, die nach deprimirenden Gemüthsaffecten von der in Rede stehenden Krankheit befallen wurde, erscheint nur insofern von Bedeutung, als er ebenfalls wieder nachweist, dass, entgegen der von Duchenne ausgesprochenen Ansicht von dem Nichtvorhandensein einer wirklichen Muskelatrophie in der Zunge, ein solcher Process mitunter entschieden vorliegt; ferner konnte auch diesmals zweifellos die Abwesenheit von Degenerationsvorgängen in den Seitensträngen constatirt werden, während von mancher Seite angenommen wird, dass eine primäre Bulbärparalyse überhaupt nicht vorkomme, sondern nur secundär im Anschluss an eine Lateralsklerose des Rückenmarkes auftrete.

Obersteiner (Wien).

---

90) **Racine**: Ein Fall von acuter (primärer) spontaner Rückenmarkserweichung.

(Arch. für Psych. u. Nervenkr. X. Bd. Heft 1.)

Verf. berichtet über einen Soldaten, der im Bivouak sich einer heftigen Erkältung ausgesetzt hatte, und am 14. Sept. v. J. in's Spital kam, über Schmerzen in der Lumbalgegend klagend. Bis zum 5. October war nichts Besonderes zu eruiren, von da ab plötzlich Schmerzen in der unteren Gegend des Sternum. Motilität, Sensibilität noch normal. Am 17. Gefühl von Lähmung in den Beinen; Gesicht, Hals und Brust mit Schweiss bedeckt. Am 21. plötzlich Paraplegie der unteren Extremitäten, Blase bis zum Nabel ausgedehnt. Reaction der Muskeln gegen Ind.-Strom erhalten, Reflexerregbarkeit völlig erloschen, Fussphänomen fehlt, Kniephänomen erhalten. Am 24. Reaction links völlig, rechts beinah erloschen, vom Nerven aus noch erhalten. 31. Urin riecht amoniakalisch, ist stellenweise blutig. 2. November Sensibilität völlig erloschen. Anaesthesie bis $2^1/_2$ Ctm. oberhalb des Nabels. Druck- Temperatur- und Muskelsinn ebenfalls völlig erloschen. Am 15. November unter zunehmender Dyspnoe Exitus.

Section: In beiden Pleurasäcken grosse Menge hämorrhagischer Flüssigkeit. R. u. Lungenlappen hepatisirt, l. Lunge schlaff, luftleer. Blase geröthet. Im Gebiete der Lendenanschwellung des Rückenmarkes in 5 Ctm. Ausdehnung Dura spinal. geröthet mit Arachnoidea verwachsen, völlige Erweichung, purifomer Brei des Markes. Menge von Körnchenzellen, Myelintröpfchen, granulirte den Eiterkörperchen analoge Zellen.

Interressant ist das 5 wöchentliche Prodromalstadium, das diagnostisch wichtige Auftreten des Processes in Schüben. Der Hydrothorax wird gewissermassen als inneres Oedem aufgefasst, durch irgend eine Alteration des Gefässtonus bedingt. Die Aenderung des Harnes wird in directen Zusammenhang mit dem Rückenmarke gebracht. Auffallend ist das lange Bestehen des Kniephänomens.

Goldstein (Aachen).

---

91) **Raynaud**: Hemiplegie alterne. Lésion du même côté que la cérébrale paralysie des membres (sociét. d. hop. séance du 12. Dezbr. 79.)

(Bul. génér. de thérapeut. 1879. Heft 12.)

Eine Frau von 25 Jahren wurde plötzlich von einer rechtsseitigen Hemiplegie befallen, an der sich jedoch die obere Extremität wahrscheinlich nicht betheiligt hatte, denn sie hat noch *nach* dem Anfall einen Brief geschrieben. Einige Tage nachher wurde sie moribund in das Spital aufgenommen, wo sich nur eine gekreuzte Lähmung (rechtseitige Lähmung der Extremität und linksseitige des Gesichts) constatiren liess. — Bei der *Autopsie* fand man eine Erkrankung der Rindensubstanz des hinteren Theiles der 2. u. 3. Frontalwindung der *rechten* Hemisphäre und auf derselben Seite im Centrum ovale, wahrscheinlich von einem vereiterten Gumma herrührend, eine weit verbreitete Destruction der Gehirnsubstanz. — R. glaubt dass die linksseitige Gesichtslähmung die Rindenaffection zum Ursprung habe. Einen Zusammenhang der Lähmung der rechten Extremitäten mit der rechtsseitigen Hemisphärenerkrankung konnte er nicht finden.

Halbey (Bendorf).

---

92) **O. Langendorff**: Ueber spinale Athmungscentren.

(Centralbl. für die med. Wiss. Nro. 6. 1880.)

Die kurze Mittheilung bezweckt, die Existenz spinaler Athmungscentren zu beweisen. Nach vollständiger Abtrennung d. med. oblong. vom Rückenmarke erfolgen nach Aussetzen der künstlichen Athmung noch Athemzüge. Bei neugeborenen Thieren gelingt der Versuch fast immer. Bleibt der Erfolg beim erwachsenen Thiere aus, so kann man ihn durch Vergiftung mit Strychnin (Rokitansky) erzielen; es erfolgen bei geringer nicht zu Krämpfen führender Dosis, isolirte, rhytmisch sich folgende Zwergfellcontractionen.

Verf. glaubt, dass die anatomisch wirksamen Athmungscentren im Spinalmark liegen und dass der med. oblong. nur die Function eines regulatorischen Apparates zukommt.

Goldstein (Aachen).

---

93) **G. Fischer**: Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis.

(Centralbl. für die med. Wiss. Nro. 1. 1880.)

Verf. fand auffallend häufig bei Tabeskranken die Verlangsamung der Schmerzleitung. Das Verhalten der Hautreflexe bot weitgehende Verschiedenheiten.

1) Fehlen jedes Reflexes, erklärt durch Hypalgesie und Muskelparese.

2) Verlangsamung des Reflexes und Zusammenfallen desselben mit der Schmerzensäusserung — cerebraler Reflex bei bestehender Erkrankung des spinalen Reflexbogens.
3) Reflex im Moment des Reizes — Integrität des spinalen Reflexbogens.
4) Reflex in der Pause zwischen Reiz und Empfindung — spinaler Reflex — herabgesetzte Leitungsfähigkeit der grauen Substanz.
5) Doppelreflexe — spinale und cerebrale, letztere im Moment der Empfindung, erstere im Moment des Reizes. Zweiter ungleich intensiver.

Bei einigen Kranken wurde die Beobachtung gemacht, dass statt einer aufgesetzten Tasterzirkelspitze zwei und statt zwei aufgesetzten Spitzen 3—5 Tasteindrücke empfunden wurden. Verf. schlägt dafür den Namen „Polyästhesie" vor.

Goldstein (Aachen).

---

94) **Katyschew und Dobrotworsky**: Ueber die gefässverengernde Wirkung der Faradisation am Halse.

(St. Petersburger Med. Wochenschr. 1880 Nro. 5.)

Unter dem Einfluss der Faradisation des Halssympathicus beim Menschen erblasst die entzündliche Röthe des Trommelfelles bei Myringitis und Catarrhus auri medii wie auch die entzündliche des Mittelohres bei perforatio tympani. Das Trommelfell wird entweder vollkommen blass oder doch viel weniger injicirt. Mit der Röthe verschwinden oder nehmen ab die krankhaften Empfindungen (Schmerz, Ohrensausen). Das Gehör wird gleichfalls besser, wenn es auch selten gelingt, dasselbe sofort zur Norm zurückzubringen. Der Effect tritt während der Faradisation ein und dauert nach einer 5—15 Minuten währenden Sitzung mehrere Stunden an. Unter dem Einfluss der *Galvanisation* vermindert sich die entzündliche Röthe des Trommelfelles gleichfalls, doch ist der Effect hier weniger constant und weniger ausgesprochen; es ist leicht sich davon zu überzeugen, dass hier eigentlich nur die Schliessungen, Oeffnungen und Schwankungen des Stromes von Einfluss sind.

Buch (Ishewsk).

---

95) **P. J. Möbius** (Leipzig): Ueber die Behandlung der Spermatorrhoe.

(Memorabilien XXIV. Jahrg. 12. Heft.)

Es gibt zwei Formen der Spermatorrhoe 1) Fälle mit anatomischer Grundlage und 2) solche, die als nervöse bezeichnet werden müssen. Die letzteren sind wohl die häufigeren und trotzen am meisten der Behandlung. Bromkalium, Strychnin und Atropin sind die am häufigsten dagegen angewandten Mittel, die jedoch sämmtlich nicht ohne üble Nebenerscheinungen zu gebrauchen sind. Verf. führt nun einige Fälle an, in denen die Electricität, die schon vielfach gegen dies Leiden vorgeschlagen worden, von auffallend günstigem Erfolge gewesen ist. Die äusserliche Application der Pole genügt nicht. Verf. führt den einen Pol in Gestalt einer Sonde

in das Rectum 5–6 Ctm. hoch und setzt den anderen auf das Perinäum. Dann wird ein mässig stark an- und abschwellender faradischer Strom hindurchgelassen, welcher keine schmerzhaften Empfindungen erregt. Damit wird die Galvanisation derart verbunden, dass man den einen Pol als Kathode im Rectum belässt, den anderen mit breiter Fläche als Anode stabil auf die Lendenwirbelsäule setzt. Die Dauer der ganzen Sitzung beträgt 3—5 Minuten.

Goldstein (Aachen).

---

96) **J. Pomel**: Du traitement de la chorée par l'arsenic.

(Bul. gén. de Therap. 1880, Heft 2.)

P. hat bei Chorea Arsenik und seine Präparate gegeben und gelangte dabei zu folgenden Ergebnissen:

1) Arsenik und seine Präparate führen am sichersten und raschesten zur Besserung resp. Heilung der Chorea.

2) Auch die schwersten Fälle, die jeder anderen Behandlung wiederstanden haben, werden oft leicht durch Arsenik beseitigt.

3) Um Arsenik mit Vortheil anzuwenden, ist es nöthig, rasch zu solchen Dosen zu schreiten, welche Erscheinungen von Intoleranz gegen das Mittel hervorrufen.

4) Auch bei Kindern muss man sich beeilen kräftige Dosen zu geben.

Von P. sind bis jetzt bei der Behandlung keine unangenehmen Zufälle beobachtet worden. Halbey (Bendorf).

---

97) **G. H. Savage**: Myxoedema and its Nervous Symptoms.

(Journ. of ment. sc. Jan. 1880, p. 517—519.)

Im Jahre 1873 beschrieb Gull zuerst einen eigenthümlichen „Cretinartigen“ Zustand bei erwachsenen Frauen, den späterhin Oed mit dem Namen „*Myxoedema*“ bezeichnete.

Es handelt sich dabei um eine Art Hypertrophie des Bindegewebes mit Neubildung „jungen“ Bindegewebes also Umbildung in „Schleim“gewebe. Betroffen wird hauptsächlich das Bindegewebe unter der Haut, aber auch jenes im übrigen Körper, z. B. in der Leber, den Muskeln und Drüsen, im Rückenmark und wahrscheinlich auch im Gehirne. Fast ausschliesslich werden nur Frauen von dieser Krankheit befallen, der Verf. sah sie zuerst bei einem Manne.

Das Gesicht der Kranken ist aufgedunsen und bekömmt einen blöden Ausdruck, die Haut ist trocken und sieht aus wie bei Oedem, nimmt aber den Fingereindruck nicht auf. Albuminurie oder andere Ursachen eines Oedemes fehlen.

Die Sprache wird behindert, der Gang schwankend, ohne dass wirkliche Paralyse vorhanden wäre. Die Kranken fühlen sich im Bewusstsein ihres traurigen Zustandes unglücklich und lebensüberdrüssig. Gesichts- und Gehörs-Hallucinationen sind selten, häufiger Paraesthesien der Tast- und Geruchsempfindungen. Gedächtniss und Auffassung leiden, die Kranken verblöden schliesslich mehr und mehr. Meist verfallen sie in einen ruhigen Blödsinn nur einige neuere Fälle waren aufgeregt und lärmend.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

98) The Lunacy Blue Books.

(Journ. of ment. sc. Jan. 1880, p. 557—574.)

Unter dem angeführten Titel ist eine Uebersicht der Ergebnisse aus den 3 Gesammtberichten über die englischen, schottischen und irischen Irrenanstalten zusammengestellt, aus welchen einige Daten hier Platz finden mögen.

In *England* waren am 1. Jänner 1878 68,538 Geisteskranke verzeichnet, am 1. Jänner 1879 69,885, also um 1,347 mehr. Diese Zunahme war geringer als jene im Vorjahr (1,902) und als die durchschnittliche (1,753). Das Verhältniss zur Gesammtbevölkerung war Anfang 1879 1:360 gegen 1:362 im Jahre 1878, 1:418 im Jahre 1869 und 1:535 im Jahre 1859. Während des Jahres 1878 wurden im Ganzen 15,102 Geisteskranke in Anstalten aufgenommen, von diesen waren 10.14% aus anderen Anstalten transferirt worden, 11.42% Recidivfälle. Entlassen oder an andere Anstalten abgegeben wurden 8,769, von diesen 5,332 geheilt. Gestorben sind 4,715. Selbstmord war in 20 Fällen Todesursache, aber 3809 Aufgenommene hatten Selbstmordversuche gemacht. Die Verpflegskosten der öffentlichen Anstalten betrugen im Durchchnitt 3 s. $10^3/_4$ d. per Kopf und Woche.

In *Schottland* waren am 1. Jänner 1979 9,386 Geisteskranke registrirt, 272 mehr als im Vorjahr. Seit 1858 hat die Anzahl der Geisteskranken um 61%, die Bevölkerung nur um 19% zugenommen. Das Verhältniss der Geisteskranken zur Gesammtbevölkerung betrug 1858 1:523, 1879 1:392. Die Anzahl der Heilungen betrug 40% der Aufnahmen, jene der Todesfälle 9.7%.

In *Irland* befanden sich am 31. Dezember 1878 12,585 Geisteskranke in Anstalten gegen 12,380 im Vorjahre, die Zunahme beträgt also 205. Die Anzahl der Geisteskranken ausserhalb der Anstalten wurde nicht verzeichnet; aber schon im Jahr 1876 waren deren 6,607 und ihre Zahl war im wachsen begriffen. Die Geisteskranken verhielten sich zur Gesammtbevölkerung wie 1:400. Von frischen Fällen wurden 44 bis 47% geheilt. Im Laufe des Jahres 1878 starben 817 gleich $7^3/_4$%. Durch Selbstmord endeten nur 2.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

99) **W. Burman:** On the Separate Care and Special Medical Treatment of the Acute and Curable Cases in Asylums; with Proposals and Suggestions for a Detachet Hospital, for special purposes, in connection with every large Public Lunatic Asylum.

(Journ. of ment. sc. Oct. 1879 p. 315-325, Jan. 1880 p. 468-480.)

Der Verf. befürwortet lebhaft die seiner Zeit auch bei uns so vielfach discutirte Trennung von Heil- und Pflegeanstalten, die in England hauptsächlich auf Conolly's Autorität hin zu sehr verabsäumt wurde. Er schlägt vor, man solle in der Nähe der grossen öffentlichen Irrenanstalten, insofern sie nicht ohnediess nach dem Pavillonsystem gebaut sind, kleine Heilanstalten (Hospital) erbauen und mit jenen durch einen gedeckten Gang verbinden. In diese sollen alle neu aufgenommenen Kranken zuerst kommen. Frische

heilbare Fälle bleiben dort in Behandlung, die chronischen werden sobald sich die Unheilbarkeit als wahrscheinlich herausgestellt hat, in die grosse Anstalt überführt. Solche Kranken, die einer speciellen Pflege bedürfen (z. B· wegen Nahrungsverweigerung etc.) kommen wieder in die Heilanstalt. Ausserdem wird diese auch als eine Art Garantaine benutzt, indem sie verhindert, dass Kranke im Incubationsstadium einer ansteckenden Krankheit in die grosse Anstalt kommen und dort eine Epidemie erzeugen. Für den Fall einer Epidemie hingegen sind wieder abgesonderte Räume der Heilanstalt als Epidemie-Spital zu benutzen.

Der Verf. erwartet sich von dieser Einrichtung mehrfache Vortheile. In der Pflegeanstalt genügt eine geringe Anzahl von Aerzten und Wärtern und die dadurch ersparten Mittel kommen der Heilanstalt zu Gute. In dieser kann dann eine relativ grössere Menge geschulter Wärter gehalten werden, und ihre Aerzte können sich mehr der Behandlung widmen, als jetzt, wo sie vielfach durch Verwaltungsgeschäfte abgelenkt werden. Alle modernen Mittel der Behandlnng, die veschiedenen Bäder und hydropathische Proceduren, Electricität, farbiges Licht, Gymnastik, comprimirte oder verdünnte Luft etc. sollen dort zur Verfügung gestellt sein, und hoffentlich werden die Aerzte dann auch von internen Mitteln einen vielseitigeren Gebrauch machen, als gegenwärtig, wo sie sich so vielfach nur auf eine kleine Anzahl derselben beschränken.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

160) **W. Dobinski** (Kulparkow): Bedeutung und Casuistik der Fragesucht.

(Przeglad lekarski, Nro. 9, 10 u. 11, 1880.)

D. giebt zunächst eine kurze Schilderung der drei Stadien der von Falret zuerst beobachteten und von Legrand du Saulle klinisch beschriebenen Form von Geistesstörung der sogenannten maladie du doute. Im ersten Stadium treten, bei ungestörter Intelligenz unwillkürlich gewisse Reihen loser Vorstellungen über verschiedenartige Gegenstände in Gestalt fortwährender Fragen auf. Die Kranken bewahren das Bewusstsein ihres qualvollen Zustandes, erkennen die Sinnlosigkeit dieser Fragen und stellen sich vergeblich mit aller Willenskraft Vorstellungen vernüftigeren Inhalts vor. Damit verbindet sich ein fortwährendes Zweifeln am Allem und eine gewisse krankhafte Präcision, z. B. wird jedes Schliessen der Thür einige Male probirt. Im zweiten Stadium tritt Furcht beim Berühren verschiedener Gegenstände ein, (Delire de toucher) z. B. Thürklinke, welche stets der Bediente öffnen muss. Im dritten Stadium steigert sich diese eingebildete Furcht, die Kranken ziehen sich aus Argwohn von den Menschen zurück, bewahren jedoch ihr Bewusstsein.

Das erste Stadium dieser Geisteskrankheit, d. h. das unaufhörliche, unwillkührliche Bilden einer Reihe von Fragen, die den Kranken quälen ist eine eigene Krankheitsform, welche zuerst von deutschen Irrenärzten beobachtet wurde. Zuerst beschrieb Grie-

singer vier solche Fälle, die er ausserhalb des Spitales beobachtete, ebenso Oskar Berger zwei und H. Obersteiner einen in der Privatpraxis, während Meschede und Wahrendorf zuerst je 2 Fälle in öffentlichen Irrenanstalten beobachteten. Das Wesentliche des Zustandes ist also ein fortwährendes Auftauchen von Fragen abgerissenen, gleichgültigen Inhaltes im Geiste, welche ihre Quelle nicht in einem praktischen Anreiz haben, jedoch die ganze Geistesthätigkeit in Anspruch nehmen. Eine Kranke Griesinger's eine im Uebrigen hochgebildete Frau, fleht ihn inständig an, sie von der Verzweiflung zu befreien, die ihr ihre Gedanken verursachen. Ein anderer Kranker, von Jemandem zufällig sprechend, frägt sofort: Warum ist dieser Mensch so niedrig, warum ist er nicht so hoch, wie ein Haus? u. s. w.

Die Kranken der anderen Beobachter bieten dieselben Erscheinungen dar. Allen Fällen gemeinsam war eine gewisse Erschöpfung durch Onanie, geschlechtliche Ausschweifungen, oder übermässige Geistesanstrengungen. In allen bestanden neben der Fragesucht gewisse nervöse Störungen, wie Erschrecken, vorübergehendes Hitzgefühl, ein gewisses Gefühl von Muskelschwäche, ein Gefühl von abwechselndem Druck und Leere im Kopfe. In allen Fällen, ausser in denen von Meschede, ist das Unterscheidungsvermögen, die Intelligenz, anscheinend ungestört, wir beobachten keine Sinnestäuschungen, keine Hallucinationen, keine Wahnvorstellungen. D. würde daher diesen Zustand für noch physiologisch halten, wenn nicht nervöse Störungen vorhanden wären. Deshalb zählt er ihn zu den Prodomal-Symptomen geistiger Störung, welche Griesinger als Zwangsvorstellungen in Frageform, O. Berger und Obersteiner als Grübelsucht bezeichnen. D. stellt sie zu den sogenannten psychischen Entartungen und zwar zu der Gruppe der geistigen Schwäche. Das Gehirn der damit behafteten Individuen funktionirt anders, als ein normales. Es ermüdet rascher, ist empfindlicher gegen plötzliche Eindrücke und zeigt ein springendes Schwanken, oder ein zu rasches Ausstrahlen der Vorstellungen. Hierzu treten die oben genannten, erschöpfenden Gelegenheitsursachen. Solche Leute bewegen sich noch frei im gesellschaftlichen Leben, besitzen jedoch nicht die Fähigkeit, nähere mit entfernteren Vorstellungen zu allgemeinen Begriffen zu verbinden, die abgerissenen ungleichartigen Vorstellungen gehörig zu gruppiren und zu ergänzen. Hierher, d. h. zur psychischen Schwäche, (imbecillitas, dementia praecox), rechnet D. auch die Gruppe der Fragesüchtigen, mit Ausnahme der beiden Fällen von Meschede, welche schon ausgeprägtere Formen von geistiger Störung darstellen. Die zwei von D. selbst beobachten Fälle von Fragesucht sind folgende:

I. Julian K., 44 J. alt, Kreisarzt, 30. August 77. aufgenommen. Stat. pr.: Schädel klein, 515 Mm. Umfang schräg, Stirn schmal, niedrig, linker Stirnhöcker flacher, Gesichtsausdruck lebhaft, Liderblinzeln, beide Pupillen mässig erweitert, die linke bedeutend weiter als die rechte, beide reagiren träge, rechte Nasenlippenfalte verstrichen, rechter Mundwinkel tiefer stehend, um den linken Mundwinkel und längs der linken Oberlippe Zittern, sich beim Sprechen steigernd. Zunge zittert, weicht nach links ab, Herz im Querdurchmesser vergrössert. 1.

Ton an der Spitze gespalten, 2. Ton über der Aorta verschärft, Herzthätigkeit verstärkt, Wände der temporales und radiales härter, Leber und Milz vergrössert, Achsel- und Leistendrüsen ebenfalls, letztere rosenkranzförmig; halbrunde, weisse, faltbare Narbe am Bändchen, Knochenbau schwach, Ernährung mässig, Muskelkraft sehr niedrig, (53) Temperatur in der Achsel 37 C, im rechten Ohr 36, im linken Ohr 36,9, Kniephänomen beiderseits schwach, Gang schnell, fallend, der Kranke tritt besser auf dem linken Beine auf und kann sich auf ihm allein eine Zeit lang halten. Das rechte Bein schleppt er nach und kann auf ihm nicht stehen, bei geschlossenen Augen gehend, geräth er sofort in Gefahr umzufallen, bei offenen Augen kann er nicht plötzlich umdrehen, ohne zu schwanken, die Sprache ist etwas lispelnd, gedehnt, besonders bei den Lippen- und Gaumenlauten stockend, in rascherer Rede werden Buchstaben umgesetzt und Worte nicht beendet, auch die Schrift ist charakteristisch, fortwährendes Zittern der Hände, dadurch auch der Linien, die die Buchstaben verbinden. Zug der Schrift eckig, Gemüthsstimmung wechselnd, bald voller Hoffnung, bald verzweifelt, bald gleichgültig, abwechselnd Reizung und Lähmung, zeitweise helleres Unterscheiden Gedächtnissverlust, Grössenwahn mit nuance von Verfolgungswahn. Diagnose Fortschreitende Paralyse (im paralytischen Stadium). Die Krankheit entstand plötzlich mit aphatischen Erscheinungen. Patient bietet deutlich Erscheinungen von Entartung dar. In den Krankensaal getreten, überschüttet er bald die Kranken, bald den Arzt mit einem wahren Hagel von Fragen, ohne eine Antwort zu erwarten. Isst man hier Heu? Haben Sie eine Uhr? Kennen Sie meine Frau? Ist meine Frau hübsch u. s. w. Erst nach mehr als 2 Stunden, nach dem Abendbrod, schwieg er plötzlich und lief nur noch eine Zeit lang unruhig aus einem Zimmer in das andere.

II. Heinrich B,. 45 Jahre alt, höherer Telegraphenbeamter, am 7. 2. 78 zum 7. Male aufgenommen, der Grossvater war Gewohnheitstrinker, ebenso der Vater, welcher in Folge von Schreck starb. Ein Onkel von väterlicher Seite starb plötzlich im Rausch, die Mutter war mit einem Herzfehler behaftet. 2 Oheime von mütterlicher Seite und eine Schwester starb an Herzfehlern, ein 3. Oheim war Opiumesser, ein älterer Bruder ist farbenblind. Patient litt als Kind oft an bedeutender Drüsenanschwellung mit Hitze und Phantasiren, gerieth mit 6 Jahren in Folge von geschlechtlichem Missbrauch in Lebensgefahr, litt mit 14 Jahren 4 Monate lang am Wechselfieber, trat jung ins Amt, wo ihn die rechnerische Arbeit sehr aufregte und bekam, nachdem er 8 Tage und den grössten Theil der Nächte hintereinander gearbeitet, plötzlich einen heftigen Kopfschmerz in der linken Stirnhälfte, der zwei Wochen anhielt und sich später oft wiederholte. Im 24. Jahre traten zuerst Zeichen von Melancholie mit Selbstmordversuch auf, danach ein Gefühl unbestimmter Angst. Nach 3 Jahren zweiter Fall von Melancholie, über 3 Wochen dauernd. 67 erster Anfall von Manie, 2 Wochen dauernd, mit einleitendem, melancholischem Stadium. Von da ab folgten sich alle paar Monate Perioden von Melancholie und Manie, in der melancholischen Periode Verfolgungswahn, Gesichts- und Gehördelirien, in der Exaltations-Periode Gefühl von Erhabenheit. Von 74 ab periodische, maniacalische Anfälle ohne Melancholie, 3—5 Wochen dauernd, je später, desto häufiger, alle paar Monate sich wiederholend, die Tobsuchtanfälle verlaufen jetzt paradigmatisch und enden mit kurzer Depression. Es zeigt sich schon ein gewisser Verfall der Geisteskräfte. Auf der Höhe des Anfalls unaufhörliches Schwatzen, Singen, Weinen, Skandiren und Fragesucht.

St. pr.: Schädel gross, 575 Mm. Umfang, Ausmasse schräg ungleich, Hinterkopf sehr stark über die Nähte hervorragend, Stirn sehr stark vorgewölbt, Pupille mässig erweitert, schwach reagirend, Flecken auf beiden Hornhäuten, Myopie, Farbenblindheit, Lähmung des rechten facialis, Ohren gross, das rechte niedriger angeheftet, als das linke, die Zunge weicht nach rechts ab, Herzthätigkeit verstärkt, 2. Ton über der Aorta und pulmonalis verschärft, Leber palpirbar, Milz vergrössert, an penis eine Narbe nach venerischem Gerschwür, Knochenbau gut, Ernährung ziemlich, Muskelkraft sehr schwach (41), im Tobsuchtanfall bis 60, Bauch-, Kremasteren-, Knie- und Achillessehnen-Reflex sehr lebhaft. Der Inhalt der Fragen war verschiedenartig zum Theil unverständlich. Bist du der 25.? Ist das Filter für mich? Wo ist mein Erbapfel? Kann sich Minerva in Minervus verwandeln? u. s. w.

D. findet vor Allem keinen fundamentalen Unterschied zwischen den beiden letzten Fällen und den früher angeführten. Zumal im letzten Falle zeige sich auf dem Gipfel der maniakalischen Ideenflucht neben Singen, Reimen, Skandiren gleichsam um noch eine andere Art der Bewegung zu finden, die Fragesucht, deren Inhalt theils zufälligen Anregungen, theils dem Vorrath des Gedächtnisses entstand. So gab Heinrich B. nach dem Anfall über den Sinn seiner Fragen gute Auskunft, z. B. bedeutet die Frage, ob Minerva sich in Minervus verwandeln könne, dass der mythologische Ausdruck, der Weisheit vielmehr ein Mann und nicht eine Frau sein sollte. Ist das Filter für mich, bedeutete, ob er nicht die Brightsehe Krankheit habe, von der er gehört, dass der Harn dabei filtirt würde. Wo ist mein Erbapfel d. h. wenn in der Bibel steht, dass wir für 10 Generationen büssen müssen, so wollte er wissen, worin seine Erbsünde bestehe, um sie selbst abbüssen zu können. Die Frage: Bist du der 25. ist die Trostantwort eines fremden Geistes, da ihn die Furcht verfolgte, dass er bald sterben müsse, also das Produkt einer Gehörshallucination. Die vorher fertigen Gedanken, welche nothwendig die Gestalt von Fragen annehmen mussten, gehören nicht einem umschriebenen Vorstellungsfelde an und haben auch nicht die Bedeutung von Zwangsvorstellungen. Während Meschede bestreite, dass sich die Fragesucht mit der Tobsucht verbinden könne, weil in ihr der positive Affekt überwiege und keinen Raum zu fragen dem Grübeln und Zweifeln gebe, sei die Fragesucht nicht der Ausfluss eines Affekt's sondern nur eine abnorme, psychisch-motorische Erregtheit, die in das Bild der Manie sehr gut hineinpasse. Den Inhalt der Fragen anlangend, so sei sie in der Verrücktheit um so seltener, als der meist mit Grössenwahn behaftete Kranke gar nicht an der Existenz seiner Schöpfungen zweifle. D. gelangt zuletzt zu folgenden Schlüssen: A. die Fragesucht ist in klinischer Hinsicht

1. Keine selbständige Störung, sondern nur ein Symptom das sich auf dem Boden verschiedener, klinischer Krankheitsformen zeigen kann, am häufigsten bei der geistigen Schwäche (imbecillitas

2. Sie stellt keine Störung im Bereich der Vorstellungen vor, sondern ist vorwiegend eine Störung in der Form, in der Hülle der Vorstellungen, eine grammatische Störung.

3. Ihr Inhalt ist von sekundärer Bedeutung.

B. Der Inhalt der Fragesucht 1. hat nicht die Bedeutung von Zwangsvorstellungen 2. Kann vom Wiederholen von Gedächtnissvorstellungen herrühren. 3. Kann sich manchmal auf entlegene, abgerissene Vorstellungen beziehen. 4. Am häufigsten und gewöhnlich bilden ihn zufällige Vorstellungen, ohne werthvolle, oder logische Bedeutung.

C. Die Störung zeigt sich fast nur bei erblich belasteten Personen, neben Excessen in der Geschlechts- oder Intelligenzsphäre. Die Fragesucht sei eine Modification der Aphasie oder Akataphasie (Steinthal), d. h. eine Störung im logischen Bau der Rede. Den psychischen Mechanismus der Fragesucht erklärt D. so, dass es, wegen der Lockerheit und Hast im Hinwerfen der Fragen nicht zu einem Aussprechen der Meinung nach grammatischen Gesetzen komme. Jeder Ausdruck unserer Sprache sei das Symbol einer Vorstellung, zu dem wir erst nach längerer Denkarbeit gelangen konnten. Der grammatische Fragesatz entspringt normal aus der Kategorie der Ursächlichkeit, der Fragende erwarte einen Erfolg des Grübelns. In der Fragesucht sei hiervon keine Rede, hier fehle jeder Affekt, jedes Interesse, jede Neugier. Solche Sprünge in zahlreichen, abgerissenen Vorstellungen verwirren die reguläre, ruhige Thätigkeit des Gehirns, erfüllen die Kranken mit Furcht, versetzen sie in grosse Unruhe, in Zweifel an Allem und in jene krankhafte Präzision. Die erblich Belasteten und obendrein erschöpften Geister verfallen, von einer plötzlichen Vorstellung angegriffen, in ein Gefühl der Schwäche und Leere, aus welchem sie sich reflectorisch durch Hinwerfen leertönender, zielloser Fragen zu befreien suchen.

Landsberg (Ostrowo).

---

101) **J. Edm. Güntz** (Dresden): Ueber Morphinismus.

(Memorabilien XXIV. Jahrgang, 12. Heft.)

Verf. theilt einige Fälle von Morphinismus mit und spricht sich im Allgemeinen für die allmäliche Entwöhnung aus. Forensisch ist zu bemerken, dass Verf. Patienten, die an grosse Dosen gewöhnt sind, für geistig alterirt erachtet; er macht darauf aufmerksam, dass sie im Falle eines begangenen Verbrechens in einer Verpflegungsanstalt unterzubringen sind. Goldstein (Aachen).

---

102) **Lelli**: Ferimento ed omicidio, delirio di persecuzione. (Gutachten.)

Am 5. Juni 1878 stürzte der Oberaufseher der Maschine des Dampfschiffes *Assiria* scheinbar ohne jeden Grund in die Cabine des zweiten Maschinisten und verwundete diesen mehrfach mit einem Beile, begab sich darauf auf das Deck und verletzte dort den ersten Maschinisten tödtlich. Hierauf warf er das Beil fort, ging sich die Hände waschen, kam aber nochmals zurück und wollte sich wieder auf den Verwundeten werfen, worauf er erst gebändigt wurde.

Während der Untersuchung entstanden Zweifel über seine Zurechnungsfähigkeit, wesshalb der Autor und Dr. Griffalti mit der Untersuchung derselben betraut wurde. Theils durch diese, theils aus den Akten ergab sich folgendes:

Der Inculpat ist 42 Jahre alt, seit vielen Jahren Seemann, er besitzt aber eine kleine Landwirtschaft und bringt einen Theil des Jahres zu Hause zu. Er ist verheirathet und seiner Familie ausserordentlich anhänglich. Betreffs einer erblichen Anlage zur Geistesstörung ist nur bekannt, dass eine entferntere Verwandte in einer Irrenanstalt starb. Er selbst galt immer als geistesgesund und als ein ruhiger, freundlicher, friedliebender, pflichttreuer Mensch. Der Capitän der *Assiria* hatte geradezu einmal geäussert, „wenn nur alle Seeleute so wären wie er". Nur der erste Maschinist (sein Vorgesetzter) gab an, dass er seit einigen Monaten nicht mehr recht mit ihm zufrieden war und hielt ihn für einen eigensinnigen Menschen. Eben vor mehreren Monaten waren zwei Matrosen, die aus der Heimath des Inculpaten stammten, entlassen und dadurch in ihren financiellen Intressen empfindlich geschädigt worden. In ihm scheint sich nun die Vorstellung festgestellt zu haben, es stehe ihm ein gleiches Schicksal bevor, denn seine Vorgesetzten wollten ihn nicht mehr so leiden wie früher. Dabei wurde er in seinem Dienst wirklich nachlässiger und wenn er darüber zu Rede gestellt wurde, so befestigte ihn das nur in seinen trüben Vorstellungen.

Die unmittelbare Veranlassung zur That wurde dadurch gegeben, dass er einen Hahn an der Maschine offen fand, der gewöhnlich geschlossen war. Obwohl ihn keine Verantwortung dafür treffen konnte, glaubte er doch, man habe es in der Absicht gethan, um ihn hintendrein dafür beschuldigen zu können. Er wollte den Vorfall dem ersten Maschinisten melden und traf diesen eben in einem Gespräche mit dem dritten Maschinisten über die Möglichkeit, dass das Schiff Schaden leiden könnte. Dadurch erst recht in seiner Ansicht bestärkt, ergriff er ein Beil und beging das Verbrechen unter dem Ausrufe: „Sie wollen meine Familie zu Grunde richten!"

In der Untersuchungshaft war er dei den Besuchen der Aerzte einsilbig und misstrauisch, verlangte wiederholt man solle ihn schnell aburtheilen. Gefragt, ob er wisse, dass der erste Maschinist an seinen Wunden gestorben sei meinte er ganz gleichgültig: „Freilich weis ich es, es war seine Schuld, warum wollte er meine Familie zu Grunde richten." Auf die Frage ob er stark aufgeregt war, wie er das Verbrechen begangen habe sagte er: Ich war gar nicht geistesabwesend, ich erkannte ihre der Maschinisten Schlechtigkeit ganz gut.

Einer Febris recurrens wegen wurde er in das Inquisiten-Spital gebracht, dort hatte er in den Fieberanfällen förmlich Delirien mit Verfolgungsideen und auch noch während der Reconvalescenz war er lange schlaflos und wurde beobachtet, wie er mit sich selbst sprach. Trotzdem er dort viel bessere Pflege hatte, verlangte er doch immer wieder in seine Zelle zurück, er wolle allein sein, sich nicht von anderen necken lassen u. s. w.

Die Aerzte erkannten auf Unzurechnungsfähigkeit wegen Geistesstörung mit Verfolgungswahn, welcher Anschauung sich der Gerichtshof anschloss. Krueg (Oberdöbling bei Wien).

III. Verschiedene Mittheilungen.

103) Aus Basel. Herr Dr. Sury-Bienz hat sich an hiesiger Hochschule für gerichtliche Medicin habilitirt. (Seine Antrittsvorlesung „Ueber die Grenzen der forensen Zurechnungsfähigkeit" werden wir in Beilage 2 unseres Blattes zum Abdruck bringen. D. Red.)

IV. Neueste Literatur.

7. Heidenhain, Der sogenannte thierische Magnetismus. Leipzig, Breitkopf u. Härtel. III. Aufl. M. 1.
8. Weinhold, Hypnotische Versuche. 3. Aufl. gr. 8⁰. Chemnitz, Bülz. M. 1.
9. Hellenbach, Ist Hansen ein Schwindler? Eine Studie über den „animalen Magnetismus". Wien, Rosner. 8⁰. M. 0.80.
10. Schwalbe, Lehrbuch der Neurologie I. Lieferung, Allgemeine Nervenlehre, Rückenmark, Morphologie des Gehirns. Erlangen, Besold, gross 8⁰ 287 pag. M. 8.
11. Fabre A., Les relations pathogéniques des troubles nerveux. 8⁰. Paris, Delahaye. Frcs. 8.
12. Fieber F., Die Erhaltung u. Wiederherstellung der Stimme. Wien, Braunmüller. gross 8⁰. M. 1.
13. Gerdts, Das Stottern und das Athmen. Aschaffenburg, Weyland. gr. 8⁰. cart. M. 1. 50.
14. Grasset, Des localisations dans les meladies cérébrales. 6 pl. 8 Fig. Paris, Delahaye. 8⁰. Frcs. 9.
15. Groskost, De l'action physiologique de la strychnin. 8⁰. Paris ebend.
16. Landouzy, De la déviation conjugée des yeux. Paris, ebend. 8⁰. Frcs. 2.
17. Loewe, Beiträge zur Anatomie und Entwicklungsgeschichte des Nervensystems der Säugethiere und des Menschen. Berlin, Dehnike. gr. Fol. 18 Tafeln. M. 100.
18. Morel, Le cerveau, sa topographie anatomique. Texte et planche. Paris, Baillière et fils. gr. 8⁰. M. 7. 50.
19. Clément, Conferences pratiques de médecine légale. gr. 8⁰. 220 pag., 2 pl. Paris ebend. Frcs. 4.
20. Chevallereau, Recherches sur les paralysies oculaires consécutives à des traumatismes cérébraux. 8⁰. 60 pag., Paris, Delahaye. Frcs. 2.
21. Dumontpallier, La métalloscopie, la métallotherapie ou le burquisme. 8⁰. 40 pag., Paris ebend. Frcs. 1. 50.
22. Lagardelle, Pronostic de l'aliénation mentale. 8⁰. 146 pag., Paris, Bazire.
23. Garcia Rijo, Contribution à l'étude de la folie puerpérale. 8⁰. 84 pag., grand tableaux. Paris ebend. Frcs. 2. 50.
24. Vulpian, De l'influence de la faradisation localisée sur l'anesthésie de causes diverses. 8⁰. 66 pag., ebend. Frcs. 2.

25. Schwarzer Otto, Die transitorische Tobsucht. Wien, Toeplitz & Deuticke. 185 pag. gr. 8⁰. M. 4.
26. Hirschfeld, Diätik für Nervenkranke. Wien ebend. II. Aufl. gr. 8⁰. 45 pag. M. 1.
27. Emmert, Auge und Schädel. Berlin, Hirschwald. gr. 8⁰. 200 pag. M. 7.
28. Gude, Die Gesetze der Physiologie und Psychologie über Entstehung der Bewegungen und der Articulationsunterricht der Taubstummen. Leipzig, Engelmann. gr. 8. pag. 80. M. 2. 40.
29. Arndt, Die Psychiatrie und das medicinische Staatsexamen. Berlin, G. Reimer. M. 1.
30. Schiff, Atelectasis medullae spinalis — eine Hemmungsbildung. Sep.-Abdr. aus Pflüger's Archiv f. d. ges. Physiologie.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 2) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 3) Eichberg (Rheingau), III. Hülfsarzt, sogleich, 900 M., fr. Station. 4) Halle a. Saale, I. psychiatr. Klinik a) Volontärarzt, 600—1200 M. fr. Station, b) Assistenzarzt. II. provinc. Anstalt, Assistenzarzt. 5) Grafenberg (Düsseldorf), a) Assistenzarzt 900 M., freie Station. b) Volontairarzt 600 M. freie Station. 6) Owinsk (Posen) 1) Assistenzarzt 2000 M.; 2) Volontairarzt, 1600 M., fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung und Wäsche. 7) Allenberg (Ostpreussen) Assistenzarzt 1200 M. bei freier Station. 8) Eberswalde, Volontairarzt, 1. Mai, M. 1050, fr. Stat. 9) Schleswig, Irrenanstalt, Director 6500 Mark, Wohnung und Garten, für Feuerung 270 M. 10) Hildburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei freier Station. 11) St. Urban (Canton Luzern), II. Arzt und stellvertr. Director 3000—3500 Mark, 12. Prrovinc.-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., freie Station. 13) Bezirks-Irrenanstalt Saargemünd, Assistenzarzt 1200 M., freie Station. Eintritt April oder Mai. 14) Schweizerhof, Station Zehlendorf bei Berlin, III. Arzt, 1000 Mark und freie Station. Schriftliche Meldung beim Director Dr. Laehr. 15) Friedrichsberg bei Hamburg, Assistenzarzt. Meldungen an den Oberarzt Dr. Reye. 16) Marsberg, Volontairarzt, katholischer Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 17) Uckermünde in Pommern, Assistenzarzt, 1000 Mark und freie Station. — 18) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig) Bochum (Bochum), Bublitz (Cöslin), Erkelenz (Aachen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Hagen (Arnsberg), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Mansfelder Landkreis (Eisleben), Mogilno (Bromberg), Osterburg (Magdeburg), Osterode (Königsberg), Sensburg (Gumbinnen), Stuhm (Marienwerder), Stadtkreis Trier (Trier), Wehlau (Königsberg).

Ernannt. Dr. Fr. Schultze in Heidelberg zum Professor extraordinarius. Dr. Horn zum Kreisphysicus in Tondern.

Todesfälle. Director Dr. Max Huppert in Hochweitschen. (Die Stelle soll nur durch einen Assistenzarzt, nicht durch einen Director neu besetzt werden.) San.-Rath Dr. Kalau von Hofe in Goldap. Geh. San.-Rath Dr. v. Möller in Hanau.

Im Interesse der Stellesuchenden Herren Collegen bitten wir ganz ergebenst um regelmässigere Mittheilungen über **besetzte** Stellen.

Die Redaction.

Bitte.

Die geehrten Herren Autoren werden zur Beförderung einer schnelleren Berichterstattung wiederholt um Einsendung von Separatabdrücken gebeten. D. Red.

Druckfehler.

Seite 107, Zeile 16 von oben lies „gleichartigen" anstatt "brühartigen."
Seite 110, Zeile 21 von oben lies „erwachsenen" anstatt „verwachsenen."

VI. Anzeigen

Coblenz. Buch- & Notendruckerei von Ph. Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. **1. Mai 1880.** **Nro. 9.**

INHALT.

I. Originalien.

I.
Zur Galvanometerfrage.

Von Dr. M. BERNHARDT,
Docent zu Berlin.

In Nr. 23 des Jahrgangs 1879 dieser Zeitschrift hat v. Hesse den Vorschlag de Watteville's in England statt der gebräuchlichen in Grade getheilten Galvanometer sogenannte „absolute" Galvanometer in Gebrauch zu nehmen zuerst in Deutschland bekannter gemacht. Um unnütze Wiederholungen zu vermeiden, verweisen wir die Leser auf diesen kleinen Aufsatz, der die Ansichten des englischen Autors, welche derselbe in seinem Lehrbuch: A praedcal introduction to medical electricity, London 1878 niedergelegt hat, fast wörtlich wiedergiebt. Einheit der Stromstärke ist, soweit

es sich um Anwendung des Stromes zu *medicinischen* Zwecken handelt, diejenige, welche durch ein Daniell'sches Element geliefert wird, wobei der Strom etwa 1000 Ohm'sche Einheiten zu durchlaufen hat. Man nennt diese Stromstärkeneinheit „Milliweber."*)

$$\text{(Ein Weber} = \frac{1 \text{ Daniell'sches Element}}{1 \text{ Ohm'sche Einheit}} = \frac{\text{E}}{\text{W.)}}$$

Nach de Watteville sollen unsere Galvanometer nach Milliweber eingetheilt werden. Die zur Zeit in England gelieferten absoluten Galvanometer sind nach des Vf.'s eigenem Ausspruch zum praktischen Gebrauch nicht geeignet: ein Gaiffe'sches aus Paris wird von de Watteville erwähnt und von v. Hesse benutzt. Nun kann aber, fährt der englische Autor in seiner diesbezüglichen Besprechung fort (Seite 21), ein jedes gewöhnliche Galvanoscop in ein sehr brauchbares Instrument umgewandelt werden, wenn man seine Ablenkungen mit einem absoluten Galvanometer vergleicht und die neuen Werthe auf dem Galvanometer selbst oder sonst wo auf einem Blatt verzeichnet, welches zu gelegentlicher Benutzung dem Galvanometer beiliegt.

Ich benutze eine Batterie von Siemens'schen Elementen von denen jedes die elektromotorische Kraft von 12 und einen wesentlichen Widerstand von 5 besitzt (Vgl. Zech, Die Physik in der Electrotherapie, Tübingen 1875). Die von dem Herrn Mechaniker Krüger hier gelieferten Galvanometer repräsentiren durchschnittlich in ihren Windungen einen Widerstand von etwa 70 Siemens'schen Einheiten. Lässt man nun einen Strom von 20 El. durch 1000 Einheiten eines in der Hauptleitung eingeschalteten Rheostaten gehen, so wäre dies ein Strom von der Stärke von 20 Milliweber, wenn es eben Daniell'sche und nicht Siemens'sche Elemente wären und wenn der Widerstand im Galvanometer vernachlässigt wird. Faktisch hat nun aber der Strom der 20 Siemens'schen Elemente in meinem Apparat nicht allein den Widerstand 1000 des Rheostaten, sondern auch den wesentlichen Widerstand der 20 Elemente (à 5) und den Widerstand in den Galvanometerdrahtwindungen zu durchlaufen also $1000 + 5 \times 20 + 70 =$ 1170 Einheiten. (N. B. wenn der Strom durch einen dicken Metalldraht geschlossen wird, dessen Widerstand ausser Acht gelassen werden kann.) Es bedarf also einer elektromotorischen Kraft von 23,4 Siemens'schen Elementen, wenn die Stromstärke gleich 20 Milliweber werden soll denn

$$\frac{20 \text{ (D.)}}{1000} = \frac{\text{X (S.)}}{1170}; \text{ X} = 23{,}4 \text{ Elementen.}$$

Eine ähnliche Rechnung gilt wenn 30 resp. 40 Elemente in Anwendung kommen:

$$\frac{30}{1000} = \frac{\text{X}}{1220}; \text{ X} = 36{,}6 \text{ Elemente.}$$

$$\frac{40}{1000} = \frac{\text{X}}{1270}; \text{ X} = 50{,}8 \text{ Elemente.}$$

*) In England ist statt der Siemens'schen Einheit die Ohm'sche in Gebrauch. 1 Siemens gleich 0,97 Ohm; für den praktischen Zweck des Arztes kann der Werth als gleich angenommen werden.

Es wäre unnöthig, die Rechnung für jeden einzelnen Milliweber an dieser Stelle durchzuführen: genug, dass jeder Stromstärkeneinheit ein ganz bestimmter Nadelausschlag entspricht, so z. B. geben
20 Mw. an meinem Galvanometer den Nadelausschlag 25°,
30 Mw. „ „ „ 30°,
40 Mw. „ „ „ $32^1/_2$°.

Es ist klar, dass man sich auf diese Weise ein absolutes Galvanometer herstellen kann und dass die Besitzer von alten in Graden eingetheilten Galvanoscopen auf die eben besprochene Weise sich durch selbst angelegte Tabellen über den absoluten Werth der Nadelausschläge ihrer Galvanometer bei der therapeutischen Applikation des constanten Stroms mit einem Blick auf ihre Tabelle schnell orientiren können.

Dass bei der *praktischen* Verwerthung die vollständige physikalische Genauigkeit nicht erreicht wird, liegt auf der Hand: ich nahm statt der 23,4, 36,6, 50,8 Elemente nur 23, 36, 50 El. und war mir wohl bewusst, dass ausserdem noch die elektromotorische Kraft jedes einzelnen Elementes je nach der Concentration der Füllungsflüssigkeiten, nach der Dauer der Benutzung etc. wechselt, und wohl kaum eine absolute Gleichheit unter 50 oder 60 zu einer Batterie vereinigten Elemente besteht.

Aber noch auf ein Zweites habe ich die Aufmerksamkeit zu lenken: nicht nur die einzelnen, selbst die aus der Hand *eines* Meisters hervorgegangenen Galvanometer sind kaum je absolut gleich, sondern es besteht meist auch eine Ungleichheit in den Nadelausschlägen, welche bei absolut den gleichen Stromstärken erzielt werden, je nachdem die Nadel links oder rechts hin ausschlägt. So gelten z. B. obige Nadelausschläge nur bei rechtsseitiger Nadelablenkung: bei linksseitiger schlägt die Nadel aus:
bei 20 Mw. 22° (nach rechts 25°)
bei 30 Mw. 26° (nach rechts 30°)
bei 40 Mw. 30° (nach rechts $32^1/_2$°).

Ein anderes aus derselben Fabrik bezogenes Galvanometer gab im Vergleich zu dem an meinem Apparat befindlichen
bei 20 Mw. 34° Nadelausschlag nach rechts
35° „ „ links
bei 30 Mw. $37^1/_2$° „ „ rechts
39° „ „ links.

Aus dem Mitgetheilten folgt:

Diejenigen Herren Collegen, welche mit Daniell'schen oder Siemens'schen Elementen arbeiten und in der Lage sind, gute Rheostaten zu besitzen, können sich in kurzer Zeit selbst „absolute" Galvanometer verschaffen, wenn sie bei Daniell die elektromotorische Kraft 12, den wesentlichen Widerstand 1,5, bei Siemens die elektromotorische Kraft 12, den wesentlichen Widerstand 5 annehmen und von dem in den Drahtwindungen ihres Galvanoscops repräsentirten Widerstand Kenntniss haben.

Wer zufällig andere Elemente benutzt, hat deren elektromotorische Kraft und wesentlichen Widerstand nach Daniell oder Siemens umzurechnen (Vgl. Zech Seite 59, 30 Grove = 26 Bun-

sen = 0,4 Beetz = 5,3 Leclanché = 8,0 Daniell = 2,4 Siemens = 2,2 Meidinger).

Schliesslich kann jeder Mechaniker rein empirisch absolute Galvanometer herstellen, bei denen die Scheibe statt in Grade in Milliweber getheilt und zugleich durch passende Adaptirung der Nadel und möglichst sorgfältige Drahtwahl die Differenz zwischen rechts und links vermieden ist.

Derartige Galvanoscope anzufertigen hat sich Herr Krüger hier (Simeonstrasse 20) bereit erklärt; diese können dann jedem beliebigen Apparate eingeschaltet werden.

Berlin, den 1. März 1880.

II.

Ueber den „Siemens-Electro-Therapeut".

Vor einigen Tagen ging durch die politischen Zeitungen die Notitz, dass die berühmte Firma Siemens in Berlin einen zu medicinischen Zwecken bestimmten elektrischen Apparat, welcher überaus vorzüglich sei, erfunden habe. Durch den Namen Siemens aufmerksam gemacht, kaufte ich einen solchen Apparat.

Der Erfinder schreibt über seinen Apparat: „Die von uns gelöste schwierige Aufgabe bestand darin, einen durch den animalischen Körper sich selbst regulirenden Magnet zu construiren; wir wählten für diesen Zweck eine doppelte, sich gegenseitig ergänzende Kraft, indem wir ein elektrisches Element zusammensetzten, welches durch den animalischen Körper selbst je nach Bedürfniss erregt wird, dadurch den galvanischen oder Voltaschen Strom erzeugt, der wiederum, weil an den Polen Electrodenschnüre befestigt, die gleichzeitig mit den Multiplicationsrollen eines Electro-Magnets verbunden sind, den Eisenkern desselben in einen elektromagnetischen Zustand versetzt. . . .

Diese Ströme können niemals zu stark oder zu schwach werden, da sie lediglich durch das Bedürfniss des Körpers selbst hervorgerufen werden und somit auf denselben continuirend wirken, . . . sie üben ihre heilkräftige Wirkung theils anregend, theils beruhigend auf Muskeln, Nerven und Blutcirculation, beschleunigen den Stoffwechsel und bilden so das Fundament zum Wohlbefinden sowie zum Erstarken des gesammten Körpers."

Der Apparat besteht aus einem kleinen Kästchen, welches folgendes umschliesst: einen ovalen, platten von Wolle umstrickten Körper, von welchem 2 mit Seide umsponnene Leitungsdrähte ausgehen. Durch ein kleines Schlösschen kann die Leitung geöffnet und geschlossen werden. In dieselbe eingeschaltet ist ein kleiner, hufeisenförmiger, 2 Ctm. hoher Elektromagnet d. h. ein Stückchen Eisen ist mit dünnem isolirten Draht umwickelt, welcher sich in die Leitungsdrähte fortsetzt. Man soll die „Elektrodenschnüre" um den Hals hängen, das ovale Element in die Achselhöhle legen und den kleinen Lederbeutel, welcher den Elektro-Magneten umschliesst, bis in die Gegend der Herzgrube herabhängen lassen.

Heilobjecte sind: Gicht, Rheumatismus, Nervenleiden und deren Folgen.

Zur Kritik des Apparates ist folgendes zu sagen. Legt man die durch das Schlösschen getrennten Leitungsschnüre an ein Galvanoskop an und befeuchtet das ovale Element, so wird die Nadel nicht unbedeutend abgelenkt und zwar um so stärker, je energischer die Anfeuchtung ist. Sind bei einem Erb'schen Galvanoskop 200 Windungen eingeschaltet, so kann die Ablenkung bis zu 20° gehen. Wenn also das Element in der feuchten Achselhöhle liegt, so wird in den Drähten ein galvanischer Strom circuliren und wird ohne Zweifel der kleine Eisenkern magnetisch. Ueber die Zusammensetzung des Elementes kann ich nichts aussagen, da ich es nicht auseinander genommen habe. Wahrscheinlich jedoch wird seine Constanz eine sehr geringe sein.

Die Frage, ob sich eine Veränderung eines Körpertheils nachweisen lässt, wenn er von galvanischen Strömen umflossen resp. der Einwirkung eines Magneten ausgesetzt wird, ist eine offene. Allbekannt sind die Pariser Erfahrungen an Hysterischen, durch sie wurden die Untersuchungen Schiff's hervorgerufen, über welche ich im Centralblatt (1879. Nro. 10. S. 233) referirt habe. Versuche, welche ich theils an gesunden, theils an nervösen, mit Kopfschmerz behafteten Personen derart anstellte, dass ich den Kopf mit einem isolirten Draht umwand, in welchem ein constanter Strom mehrerer Elemente (1—50) circulirte, ergaben gar kein Resultat. Es liess sich nicht die mindeste Einwirkung auf Sensibilität, Allgemeinbefinden etc. nachweisen.

Soviel steht fest, dass durchaus keine exacte Indication für die „Inducirung" des Körpers besteht, dass eine Therapie derart einfach bodenlos ist, dass eine Unternehmung wie die der angeblichen Herren Siemens & Comp., deren Charakter überdem aus den oben citirten Anpreisungen zu ersehen ist, nicht zu den soliden gehört. Vorderhand sehe ich zwischen den Gichtketten der Herren Winter etc. und dem Siemens-Electro-Therapeut keinen wesentlichen Unterschied und fordere die Collegen auf, das Publicum bei Zeiten zu warnen.

Die ganze Angelegenheit würde nicht der Rede werth sein, stände nicht unter dem Prospect der Name Siemens, welcher überall mit hoher Achtung gehört wird, wo von elektrischen Dingen die Rede ist. Die Adresse der berühmten Firma ist: Siemens und Halske, Berlin, Markgrafenstrasse 94. Der Prospect des „Elektrotherapeuten" jedoch ist unterzeichnet: Siemens & Comp., Berlin, Markgrafenstrasse 35. Es ist daher wohl anzunehmen, dass jene altberühmte Firma an dem hier besprochenen Unfug unschuldig ist.

Leipzig, am 20. April 1880.

Dr. P. J. Möbius.

III.

Weitere Notizen zu dem „Siemens - Electro - Therapeut".

Von Dr. ERLENMEYER.

Auch ich bin, durch den Namen Siemens verleitet, zumal mir die Wohnung des „ächten" Siemens in der Markgrafenstrasse

in Berlin bekannt war, wo sich auch der „neue“ etablirt hat, auf den Electrotherapeut hereingefallen. Es ist mir nicht im Mindesten zweifelhaft, dass diese Täuschung mit Hülfe des bewährten Namens in rafinirtester Weise beabsichtigt wird.

Meine für die heutige Nummer niedergeschriebenen Bemerkungen will ich zu Gunsten des obigen Artikels des Herrn Collegen Möbius unterdrücken, und nur die Resultate meiner Untersuchung des Apparates mittheilen.

In dem Lederbeutelchen ist der Elektromagnet angebracht, d. h. an dem mir zugegangenen Instrument ein verrostetes, gebogenes, dickes Drahtstück, um welches schlecht isolirter, offenbar sehr alter Draht in liderlicher Weise herumgewunden ist.

Das Element ist in folgender Weise construirt. Eine ovale, leicht muldenförmig ausgebogene, durchlöcherte Zinkplatte enthält in dieser Mulde gepulverten Braunstein, der von dem Zink durch eine Lage dicken rothen Fliesspapieres getrennt ist. Auf dem Braunstein liegt eine zweimal durchlöcherte Platte von Hartkohle. Diese endet in den einen, die Zinkplatte in den andern Poldraht. Um das Ganze ist wieder von demselben dicken rothen Fliesspapier gewunden, welches durch Fäden befestigt ist, die durch die Löcher der Zink- und Kohlenplatte gezogen sind, sodass man, wenn die äussere Umhüllung — ein gestricktes Netz — entfernt ist, zunächst auf die Papierlage stösst.

Ich habe zuerst vermuthet, dass dieses Papier, mit Salmiaklösung imprägnirt sei, und dass es sich um ein stark modificirtes Leclanché-Element handle, bei dem der poröse Thoncylinder durch die dicke Papierhülle, welche Kohle und Braunstein einschliesst, ersetzt sei. Das ist aber nicht der Fall, da eine Auflösung dieses Papiers in Natronlauge beim Erhitzen keine Ammoniakdämpfe entwickelt. Das Papier reagirt stark basisch, und enthält ein kohlensaures Salz; letzteres ist wohl desshalb beigefügt, damit die Feuchtigkeit besser persistire.

Den Werth des ganzen, 12½ Mark kostenden Elektrotherapeuten, schätze ich im höchsten Falle auf 2—2½ Mark.

Nach allem kann ich mich nur dem Ausspruche des Herrn Collegen Möbius anschliessen, und Jedermann vor dieser Erfindung auf's Eindringlichste warnen.

II. Referate.

---

104) **M. Schiff** (Genf): Atelectasis medullae spinalis — eine Hemmungsbildung.

(Pflüger's Archiv f. d. ges. Phys. Bd. XXI.)

Schiff wandte zur mikroskopischen Untersuchung von Hunderückenmarken, die zum Theile sehr lange in Spiritus gelegen hatten, den Polarisationsapparat mit gekreuzten Prismen an und gelangte dabei zu dem Resultate, dass vielfach auch in normalen Rückenmarken in ganzen Strängen die Markscheiden fehlen, ohne

dass dadurch die Functionsfähigkeit gelitten hätte. Diesen Zustand von Markscheidenmangel bei sonst normalen Rückenmarken nennt er *Atelectasis*, von denen er verschiedene Formen unterscheidet, und fasst sie als Hemmungsbildung auf.

Als Schiff mittelst der genannten Methode, anstatt der ungenügenden bisher von den Histologen und pathologischen Anatomen geübten Untersuchungsweisen Praeparate der von Friedreich beschriebenen hereditaeren Ataxien untersuchte, fand sich, dass in den Hintersträngen der betreffenden Rückenmarke nicht, wie Friedreich und ebenso Schultze meinten, eine degenerative Atrophie mit einem bedeutenden *Minus* von Nervenfasern, sondern vielmehr ein *Plus* von Achsencylindern gegenüber der Norm vorhanden war, dass somit die Leitung von tactilen Eindrücken in den Hintersträngen völlig gut vor sich gehen konnte. Nur die markhaltigen Fasern waren an Zahl beträchtlich vermindert. Die von Friedreich und Schultze *an den identischen Praeparaten* gesehenen corpora amylacea vermochte Schiff nicht aufzufinden, wogegen er bei den zum Theile normalen Hunderückenmarken zahlreiche Kügelchen fand, von denen es zweifelhaft blieb, ob sie Corpora amylacea seien oder nicht. Die Annahme von Degenerationsprocessen bei den Friedreich'schen Ataxien ist somit nach Schiff völlig unbegründet Bei der gewöhnlichen Tabes und bei der multiplen Sclerose ist dagegen eine Degeneration vorhanden, obwohl auch hier wahrscheinlich die Pathologen Atelectase und Degeneration nicht selten verwechselt haben mögen.

(Ref. hält seine diesbezüglichen histologischen Befunde und deren Deutung völlig aufrecht. In Bezug auf die Differenz der Angaben in Beziehung auf das Vorhandensein von Corpora amylacea bemerkt derselbe nur, dass Schiff bei der Demonstration der gleichen Praeparate, welche sowohl er als der Ref. beschreiben, die Querschnitte der Nervenfasern in den degenerirten Parthien für Corpora amylacea ansah, bis ihn Ref. auf die optischen Unterschiede zwischen den Querschnittsbildern dieser Fasern und der Amyloidkörper aufmerksam zu machen sich erlaubte.)

Fr. Schultze (Heidelberg).

---

105) **Fr. Schultze** (Heidelberg): Ueber combinirte Strangdegenerationen in der Medulla spinalis.

(Archiv für path. Anat. Bd. LXXIX. Heft I.)

Der erste der hier vorgeführten Fälle ist bereits von Friedreich (Arch. f. path. Anat. Bd. 68) mitgetheilt. In den 18 ersten Jahren der Krankheit neben Ataxie der Sprache, reine locomotorische Ataxie aller vier Extremitäten. In den letzten Monaten dieses Zeitraumes erster Anfang von motor. Parese in den Beinen und beginnende Scoliose. In den nächsten 13 Jahren allmälich völlige Paraplegie der Unterextremitäten, Nystagmus. Keine Sehnenreflexe. 13 Tage vor dem Tode Temperaturerhöhung bis 39° C. Anfälle von Dyspnoe, worin plötzlicher Tod.

Autopsie ausser Rückenmarksbefund: Obliteratio pericardii, Pleuritis adhaesiv. lat. utriusque, Nephr. interst. chron. Hypertroph. ventr. sin. Tumor lienis.

Gehirn und Rückenmark: Graue Degeneration der Hinterstränge und der hintern Abschnitte der Seitenstränge, Verdickung der Pia. Die Vorderstrangsclerose geht bis in die Gegend der Pyramidenkreuzung hinein. Clarke'sche Säulen und hintere Wurzelfasern auch hier degenerirt. Sacrolumbalmuskeln hochgradig atrophisch.

2. Fall. Mann in mittleren Jahren, 1866 Reissen im l. Bein, 1868 Ataxie der Unterextremitäten, beginnende Sehnervenatrophie 1870 Lähmung der Unterextremitäten, Incontinent. urin. Beugungscontractur des Unterschenkels. Sensibilität dort nahezu erloschen, bis zur Höhe der Brustwarzen gemindert, von dort ab normal. Incontinentia alvi. Tod 1876.

Fibrilläre Degeneration der Hinterstränge durch die ganze Länge des Rückenmarkes, weniger intensiv sind die hinteren Abschnitte der Seitenstränge betheiligt. Hinterhörner atrophisch. Hintere Wurzeln abnorm dünn und atrophisch. Mikroskopisch sind die Hinterstränge am entartetsten, zeigen am wenigsten Nervenfasern. Ganglienzellen des Vorderhornes zum grössten Theil entartet, eine geringe Anzahl atrophisch, diejenigen der Clarke'schen Säulen zum grössten Theil geschwunden oder atrophisch.

Solche combinirten Strangdegenerationen bieten Aehnlichkeit mit chron. Dorsalmyelitis oder mit den Endveränderungen von acuter Dorsalmyelitis. Der Unterschied gipfelt in dem Umstand, dass bei obigen Fällen eine Combination des gewöhnlichen Tabesbefundes mit ausgedehnter Seitenstrangdegeneration vorhanden ist. Es handelt sich dabei nach Verf. im Wesentlichen um eine degenerative Atrophie der ganzen hinteren Hälfte des Rückenmarkes. Klinisch zeigen gegen Ende beide Fälle das Bild einer transv. dorsal. Myelitis: sensibele und motor. Paralyse und Contractur beider Unterextremitäten, Blasenlähmung; nur sind die Sehnenreflexe völlig erloschen. Bei dem einen Falle Coordinationsstörung in den Oberextremitäten, bei dem andern nicht. Worauf anatomisch der Unterschied beruht, ist nicht zu eruiren. Auffallend bleibt in beiden Fällen das Freibleiben der oberen Extremitäten von sensibelen und motorischen Störungen, trotzdem im Halstheil die Atrophie der Hinterstränge und der Pyramidenstränge gleich intensiv erscheint, wie im Lendentheile. Goldstein (Aachen).

---

106) **A. Adamkiewicz:** Ein Fall von amyotrophischer Bulbärparalyse mit Entartung der Pyramidenbahnen.

(Przeglad lekarski Nro. 40, 41, 42, 43, 44, 1879.)

A. giebt eine höchst ausführliche klinische und pathologisch-anatomische Analyse eines Falles von Bulbär-Paralyse, welcher am 12. August 78 in die Charité zu Berlin aufgenommen wurde, und am 15. desselben Monat tödtlich endete. Derselbe betraf eine 30jährige Schuhmacherswittwe, welche, frei von hereditärer Belastung, im Jahre 70 während ihrer Schwangerschaft in Folge durch die Einberufung ihres Mannes bedingter heftiger Gemütsbewegung abortirte. Von da datirt der Beginn des Leidens. Bald wurde bemerkt, dass sie stotterte, schwer und mühsam ging und eine Schwäche und Abmagerung

der Hände zeigte. Von 74 oder 75 ab verliert die Kranke die Sprache, kann die Hände nicht mehr bewegen und geht nur mit fremder Hülfe mit kleinen, schleppenden und steifen Schritten. Zuletzt verlor sie auch diesen dürftigen Rest von Gang und wurde deshalb der Charité überwiesen. Hier ergiebt die klinische Untersuchung, dass die Kranke unbeweglich auf dem Stuhle sitzt, mit stark nach vorn gebeugtem Kopfe, das Kinn auf die Brust gestützt, mit weinerlich verzogenem Munde, die Lippen halb geöffnet und mit schaumigem Schleim bedeckt. Die mageren Hände sind zusammengeballt, die Füsse heruntergelassen und nach innen gedreht, so dass sich die Zehen berühren. Am ganzen Körper zeigt sich starke Abmagerung, welche von Muskelschwund herrührt, der sich am stärksten an Hals und Nacken ausspricht und von da nach unten abnimmt, so dass die Unterschenkel ihre normalen Conturen fast bewahrt haben. An den Beinen sind die Beugemuskeln gut, die Strecker schlecht genährt, so dass die Kranke stets die Knie gebeugt hält. Auf die Details der Muskelatrophie können wir hier nicht eingehen. Im Allgemeinen sprach sich dieser Muskelschwund stärker auf der linken als auf der rechten Körperhälfte aus und beschränkte sich hauptsächlich auf die Streckmuskeln. Dem allgemeinen Muskelschwunde entspricht auch der fast völlige Verlust der Bewegungen, da nur die den oberen Zweigen des n. facialis und oculomotorius entsprechenden Muskeln normal innervirt sind. Der einzige Laut, den die Kranke in dem undeutlichen, krampfhaften Stöhnen hören liess, waren Lippenlaute, da nicht allein die Kiefermuskeln, sondern auch die Zunge gelähmt war, deshalb war auch die Aufnahme fester Speisen unmöglich. Flüssige Speisen schluckte sie zwar gut, jedoch nicht ohne sich zu verschlucken. Die Zunge lag als geschwundene Muskelplatte auf dem Boden der Mundhöhle. Die erhaltenen Muskeln zeigen eine gewisse Spannung. Das Sehnenphänomen ist deutlicher, die Reflexe gesteigert. Die elektrische Prüfung ergab Folgendes:

1. Induktionsstrom. Normal reagiren bei mittelbarer und unmittelbarer Reizung die durch den facialis versorgten Muskeln und die Muskeln der Unterschenkel. Gar nicht reagirten der linke triceps brachii, die interossei und die musculi tenarum beider Seiten. Die übrigen Muskeln des Rumpfes und der Oberschenkel zeigen, ihrem Schwunde entsprechend, verringerte Reizbarkeit.

2. Konstanter Strom. Auch auf diesen reagiren die Muskeln des Gesichts, beide platysma myoides und die Muskeln beider Unterschenkel völlig normal. Unerregbar waren die interossei der rechten Hand, mit Ausnahme des ersten, die beiderseitigen Beuger der Hände und der Finger, ausser dem rechten palmaris longus, dem linken flexor carpi radialis und dem rechten deltoideus. Deutliche Entartungsreaktion (ASZ $>$ KSZ, träge Zuckung) zeigten mehrere Muskeln der linken Oberextremität, die übrigen Muskeln des Halses, des Rumpfes und der Arme reagirten normal. Im Allgemeinen verhielten sich einige Muskeln gegen den Induktionsstrom sowohl mittelbar wie unmittelbar, unerregbar; gegen den konstanten Strom normal. Andere reagirten normal auf den Induktionsstrom und gaben bei konstantem Strom Entartungsreaktion. Das Gros der Hals-Rumpf-

und Oberschenkelmuskeln reagirte auf beide Ströme normal. Die psychische Sphäre, sowie die Hautsensibilität zeigen sich unversehrt. Auch die innern Organe sind normal, ausser ausgebreitetem Bronchialkatarrh. Am 15. August traten Anfälle von Dyspnoe und Cyanose auf, denen die Kranke erlag.

Anatomische Untersuchung: Hirntheile normal, nur der Boden der 4. Hirnhöhle gefurcht und verkürzt. Alle vorderen Wurzeln hochgradig geschwunden. Auch ein hypoglossus ist vollständig geschwunden. Das Rückenmark zeigt hochgradigen Schwund der Vorder- und Seitenstränge, sowie der Vorderhörner, im Hals- und Brusttheil, welcher sich nach Härtung des Marks in chromsaurem Kali und Chromsäure mikroskopisch noch deutlicher herausstellt. Die vorderen Wurzeln des Hals- und Brusttheils, sowie der hypoglossus bestehen, wie sich auf, mit Carmin und Osmiumsäure gefärbten Schnitten herausstellt, nur aus reichlich mit Kernen versehenen Bindegewebe. Die vorderen Wurzeln des Lenden- und Kreuzmarkes zeigen normalere Verhältnisse. Von den Hirnnerven zeigt sich der hypoglossus besonders entartet. Diè glossopharyngei, vagi und accessorii Willisii zeigen ebenfalls das Bindegewebe vermehrt. Von der, mit grosser Ausführlichkeit und mit Hülfe von Zeichnungen gegebenen Schilderung des mikroskopischen Befundes des Marks, wie er sich an, mit Carmin gefärbten und mit Canada-Balsam erhellten Schnitten herausstellt führen wir nur an, dass die Hinterstränge des Hals- und Brusttheils eine echte Hypertrophie zeigen, während die Vorder- und Seitenstränge einen bedeutenden Schwund der Nervenfasern, sowie entsprechende Zunahme des Bindegewebes aufweisen. Diese Entartung verläuft symmetrisch bis zum conus medullaris und stellt das dar, was Charcot (leçons sur les maladies du systeme nerveux, Paris, 1872) „Sclérose latérale symmetrique“ genannt hat. Hauptsächlich entartet zeigt sich der hintere Theil der Seitenstränge, welcher eine dreieckige Gestalt hat, weniger die Vorderstränge und der vordere Theil der Seitenstränge. Das gesammte Pyramidenbahnsystem war bei der Kranken entartet. In der grauen Substanz zeigen sich die Vorderhörner stark geschwunden, so dass die grossen multipolaren Ganglienzellen der Vorderhörner bis zum Lendenmark vollständig geschwunden sind. Das verlängerte Mark zeigt starke Blutüberfüllung, sowie völlige Entartung beider Pyramiden. Der ganze, von den Oliven, der Klappe der formatio reticularis u. den fibrae arciformes eingenommene Antheil ist förmlich sclerosirt; nur der Pyramidenkern ist unversehrt. Der Hypoglossuskern völlig geschwunden. In der Epikrise zeigt A., dass es sich hier um einen Fall jener Krankheit gehandelt hat, welche Duchenne zuerst im J. 60 (archive générales de médecine) unter dem Namen: „Paralysie progressive de la langue, des lèvres et du voile du palais“ beschrieb und welche später Wachsmuth mit anatomischen Veränderungen des verlängerten Marks in Verbindung brachte und progressive Bulbärparalyse, Leyden wegen des stets damit verbundenen Muskelschwundes progressive amyotrophische Bulbärparalyse nannte. Der vorliegende Fall bietet zunächst deshalb ein Interesse, weil er zeigt, dass Gemüthsbewegungen die Krankheit veranlassen können,

ferner zeigten sich die geschwundenen Muskeln nicht weich und schlaff, sondern im Zustande ausgesprochenen Krampfes, welcher auch sonst (Erb und Charcot) mit symmetrischer Lateralsklerose in Verbindung gebracht wurde (Tabes spastica). Ferner ist das elektrische Verhalten interessant, welches bei einigen Muskeln völlige Unerregbarkeit durch den Induktionstrom, und normale Erregbarkeit durch den konstanten Strom zeigte. A. möchte dieses Verhalten als isogalvanische Reaktion bezeichnen. Endlich ergänzt der anatomische Befund in medulla oblongata und spinalis in erwünschter Weise die sechs Sektionsberichte, die bis jetzt von Charcot und G. Jefroy, Leyden und Barth veröffentlicht wurden. Es handelte sich, wie in den früheren Fällen, auch im vorliegenden um eine krankhafte Veränderung in den grauen Vorderhörnern, verbunden mit Schwund der grossen Ganglienzellen in denselben. Ebenso war der Kern des Hypoglossus geschwunden, welcher in seinen Funktionen den Ganglienzellen der Vorderhörner entspricht. Allen Fällen gemeinsam ist Entartung der Faserbündel dieses Nerven und einer grösseren Anzahl der vorderen Wurzeln des Rückenmarks, ferner Muskelschwund und die sogenannte Sklerose der Seitenstränge und der Pyramiden im verlängerten Mark. Unserem Fall eigenthümlich war eine bedeutende Blutüberfüllung des letzteren. In allen Fällen waren die Clark'schen Säulen unversehrt. In Bezug auf den Befund in der grauen Substanz entspricht A.'s Fall vollständig den Forschungen Charcot's. Die weisse Substanz zeigte eine starke Entartung der Pyramidenbahnen im ganzen Verlauf und geringes Ergriffensein der Vorderstrangbündel und des Restes der Seitenstränge im oberen Halstheil und in der Halsanschwellung des Marks. Aus Flechsig's Forschungen kennen wir den Verlauf der Pyramidenbündel. Der grössere Theil derselben kreuzt sich und geht zu den hinteren Antheilen der Seitenstränge. Die entarteten Pyramidenseitenstrangbahnen reichen bis zum conus medullaris, während die entarteten Pyramidenvorderstrangbahnen schon in der Halsanschwellung enden. Die Entartung beschränkt sich also auf ein System von Nervenbahnen, welche nach Flechsig sowohl hinsichtlich ihrer Entwicklung, als ihrer Funktionen ein Ganzes bilden. Die Entartung konnte daher auf keinen Fall sich vermittelst des Bindegewebes verbreiten, sondern folgte dem Wege des Nervengewebes der Pyramidenbahnen. Es handelt sich daher auch nicht um eine eigentliche Sklerosis-Wucherung des interstitiellen Bindegewebes, sondern um eine Erkrankung des Systems selbst, im Sinne Flechsig's. Aber ausserdem finden wir den Rest der Seitenstränge entartet und müssen daher Charcot beipflichten, wenn er gegen Flechsig behauptet, dass bei der amyotrophischen Lateralsklerose das gesammte Seitenstrangsystem krankhaft afficirt ist. Die amyotrophische Lateralsklerose ist demnach eine Krankheitsform, welche aus symmetrischer u. unsymmetrischer Entartung der Pyramidenbahnen besteht.

Landsberg (Ostrowo).

---

107) **Charcot:** Sclérose latérale amyothrophique. — Autonomie et caractère spasmodique de cette affection. Résumé des leçons par E. Brissaud.

(Progr. med. 1880. Nro. 1. u. 3.)

Bekanntlich hat Ledyen die Ansichten Charcot's über die amyotrophische Seitenstrangsclerose in einer Reihe von Arbeiten bekämpft und versucht es nun Ch. in seinen Vorlesungen die Autonomie dieser Krankheit darzuthun und die entgegenstehenden Ansichten Leyden's, welche in folgenden 4 Hauptpunkten zusammengefasst sind, zu widerlegen.

I.) Bei der amyotrophischen Lateralscl., respect. Affection der Seitenstränge handele es sich um *atonische* Lähmung. *Spastische* Symptome kämen dabei nicht vor.

II.) Die *Muskelatrophie* sei das dominirende Symptom; es handele sich um eine *atrophische Paralyse* in dem Sinne, dass eine Paralyse als Initialstadium fehle.

III.) Es existire nur eine Form von Bulbärparalyse und das sei die von Duchenne beschriebene.

IV.) Die Läsionen bei amyotrophischer Lateralsclerose sei für die Pyramidenstränge nicht *specifisch*. Die Affection der weissen Substanz könne sowohl die Vorder- als auch die Seitenstränge befallen.

ad. I.) Charcot gibt zunächst an folgenden 2 Fällen ein Bild des fundamentalen Characters der in Rede stehenden Krankheit.

1) Eine Frau von 47 Jahren wurde von Schmerzen in der Nierengegend und in den Oberschenkeln befallen. Kurz darauf stellte sich eine *Schwäche* in den Beinen ein, welche ihr das Gehen erschwerte. Drei Monate später entwickelte sich motorische Schwäche in den oberen Extremitäten mit fibrillären Zuckungen und Starre. Mit dem 6. Monate erschwerte Sprache. Im 10. Monat traten reichliche spasmodische Erscheinungen auf; fortwährendes Stossen in den Extremitäten, fibrilläre Zuckungen, Flexionscontractur, spinales Zittern, Starrheit in der Lenden- und Halsmuskulatur (allgemein Tetanie) und wohl characterisirte Muskelatrophie. In dem Grade als letztere zunahm, traten die spastischen Erscheinungen zurück. Im 18. Monat nach dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen folgender status praes.: Allgemeine Paralyse mit *scheinbarer Muskelschlaffheit*. Sie ist ans Bett gefesselt, absolut unbeweglich und kraftlos. Sie kann nicht sprechen, trotzdem ist aber die Intelligenz erhalten. Die Füsse sind in Extensionsstellung, die Kniee aneinander gepresst, beide Beine rigide. Es ist wohl möglich sie zu beugen, jedoch bemerkt man einen beträchtlichen Widerstand; sie sind im Zustand der *flexibilitas cerea;* Fussphänomen vorhanden. Der Patellarsehnenreflex ist sehr verstärkt und es bleibt nach der Perkussion noch eine kurze Zeit rasches Zittern (spinale Epilepsie) zurück. Die beiden Beine sind abgezehrt, die Muskeln aber *nicht atrophisch.* Die Sensibilität zeigt überall normales Verhalten Die oberen Extremitäten sind excessiv abgemagert und liegen in halber Beugung und Supination auf der Brust. Die Finger sind eingekrallt. Man beobachtet Zittern der Haut, hervorgerufen durch spontane, fibrilläre Muskelzuckungen. Widerstand beim Beugen wie an den Beinen. Sehnenreflex an der Tricepssehne und den Sehnen der Flexoren der Finger verstärkt. Sensibilität überall erhalten. Die Muskulatur des Halses ist gelähmt. Labio-glosso-laryngeal-Paralyse, die sich jedoch durch folgendes Verhalten von dem Duchenne'schen Typus

wesentlich unterscheidet: Es sind zahlreiche tiefe Furchen in der Frontalregion zu sehen. Naso-labial Furchen sehr marquirt. Die Mundwinkel sind auseinander gezogen. Die Augen stehen weit offen und können die Lider nur mit Mühe geschlossen werden. Das ganze Gesicht hat einen *starren, krampfhaften* Ausdruck.

2. Bei einem 35 Jahre alten Patienten trat zuerst *Schwäche* im linken Arm auf, nach zwei Monaten Schwäche im linken Bein, dann der rechten oberen u. unteren Extremität. Erschwerung der Sprache und rasche Abmagerung des linken Armes und der linken Hand folgten bald. Mehr und mehr verschlimmerten sich die Erscheinungen und zeigt der Kranke bei der Vorstellung folgenden status praes. Arme vollständig paralysirt, hängen schlaff und kraftlos am Körper herunter, thenar und hypothenar vollständig verschwunden. Beim Beugen und Strecken stösst man jedoch auf beträchtlichen Widerstand. Die Beine zeigen Muskelschwäche, deutliche spastische Symptome und spinales Zittern. *Alle Reflexe, besonders die Sehnenreflexe sind deutlich verstärkt.* Fussphänomen vorhanden. Labio-glosso-laryngeal-Paralyse, wie im ersten Fall, jedoch noch mehr im Anfangsstadium. Charakteristischer *spastischer* Gesichtsausdruck, beiderseitige Facialisparalyse, näselnde, schwerfällige, monotone, Sprache. Das Pfeifen ist schwierig, das Schlucken beschwerlich.

Dieser Fall unterscheidet sich von dem ersten nur durch einen rascheren Verlauf und frühzeitigeres Auftreten der bulbären Symptome mit rasch nachfolgender Muskelatrophie. Ebenso wie bei anderen Krankheiten, kann das Krankheitsbild bei der amyotrophischen Lateralsclerose von diesen mehr typischen Fällen abweichen, je nach der Anordnung der einzelnen Symptome und je nachdem das eine oder das andere Symptom fehlt. Das Hauptsymptom ist jedoch die *Contractur*, für welches, wie Charcot annimt, auch das *alleinige* Auftreten *verstärkter Sehnenreflexe* gelten könne. Er hält diese beiden Symptome für verwandt, oder für aequivalent, d. h. zu derselben Art krankhafter (spastischer) Symptome gehörend, und glaubt, dass sie jedenfalls einen *gleichen Ursprung* haben.

Charcot betont ferner, dass sich das Krankheitsbild auch im weiteren Verlaufe der Erkrankung sehr wohl änderen könne, sodass die anfangs hervorragenden, *spastischen* Erscheinungen mehr in den Hintergrund träten, um einem Bilde mehr *atonischer Paralyse* Platz zu machen, wie dies im 1. Fall zu constatiren war.

Es sind bis jetzt 11 Fälle mit Autopsie zur Beobachtung gekommen und hat Charcot allein deren 5 gemacht, welche die im Leben gestellte Diagnose bestätigten. In einem Falle Charcot's hatte die Contractur gefehlt; dafür bestand aber eine beträchtliche Steigerung der Sehnenreflexe. Ein Fall von Kahler und Pick mit Autopsie und folgender, bis jetzt noch nicht veröffentlichte Fall von Rigal, wurden von Charcot zum Beweise für die Richtigkeit seiner Ansichten herangezogen.

X . . . 35 Jahre alt, wurde im Jan. 76. von Schwäche und Starrheit in der linken unt. Extremität befallen. Dann erkrankte die rechte obere in gleicher Weise. Deutliche Abmagerung an den Händen *April 76* sind beide Beine befallen; Krämpfe und Stösse in denselben. Finger krallig flectirt, Arme in Flexionscontractur gegen die Brust gepresst. Schwache willkürliche Bewegungen sind noch möglich. Beine paralysirt und contractuirt. Allgemeine Tetanie, deutliches Fussphänomen, bulbäre Symptome mit oben geschildertem classischen Ge-

sichtsausdruck. *Novbr. 76. Contractur vermindert in der oberen Extremität, die untere noch deutlich spasmodisch.* Stamm und Kopf ebenfalls. Unter rascher Zunahme der spasmodischen Symptome erfolgte 13 Monate nach Beginn der Erkrankung der Tod.

Um die Autonomie der in Rede stehenden Erkrankung noch weiter darzuthuen, werden 2 classische Fälle ohne Autopsie, der eine von Nixon und der andere von Charcot selbst beobachtet, mitgetheilt, in welchen die initiale Paralyse und der dann hinzutretende Spasmus nachgewiesen wird. — An den Fällen, welche von Leyden zur Bekämpfung Charcot's Ansichten angeführt sind, sucht er nachzuweisen, dass dort ebenfalls spastische Symptome bestanden, oder dass doch *verstärkte Sehnenreflexe* nicht gefehlt hätten, die er für gleichwerthig mit der Contractur hält. Ch. versucht auch ferner zu beweisen, dass in vielen Fällen, die von Leyden selbst beobachtet wurden, der spastische Character der Krankheit vorhanden gewesen sei, indem L. berichtet habe, dass eine gewisse Contractur wohl bestanden hätte, die er aber nur durch eine habituelle Position der Glieder erklären könne. In anderen Fällen sei der Untersuchung auf Sehnenreflexe keiner Erwähnung gethan.

ad. II.) In den von Charcot selbst mitgetheilten Fällen hat er die initiale Paralyse und erst dieser folgend die Muskelatrophie deutlich nachgewiesen. Auch in den von Leyden und Westphal mitgetheilten Fällen will er, da wiederholt von einer *Schwäche ohne deutliche Atrophie* etc. die Rede sei, eine Bestätigung seiner Ansichten finden.

ad. III.) Diese Ansicht hätte neuerdings Duchenne selbst zu widerlegen gesucht, und werde auch durch die bereits publicirten Beobachtungen anderer (Charcot, Joffroy et Duchenne, Eisenlohr, Labourin, Pitres, Déjérine, Duval-Reymond) das Irrthümliche dieser Ansicht bewiesen.

ad. IV.) Die Coexistenz einer Alteration der Vorderstränge mit den Seitensträngen leuguet Charcot nicht. Es handele sich aber nach seiner und der meisten französischen Autoren Ansicht dabei mehr um eine *zufällige Miterkrankung* der ersteren und könne sich man leicht bei der mikroscopischen Untersuchung davon überzeugen, dass die Hauptaffection den Pyramidensträngen folge, was auch aus Leyden's Beschreibung seiner Fälle selbst hervorgehe, sodass man auch in diesen annehmen müsse, dass zuerst die Seitenstränge befallen gewesen seien. Ausserdem sei durch Kahler und Pick (v. Ref. 1879. pag. 514) der noch fehlende Nachweis geliefert, dass die Affection die *ganze* Pyramidenbahn bis zu den Centralwindungen befallen könne. Halbey (Bendorf).

---

108) **Köbner** (Breslau): Zur Casuistik des Transfert.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift No. 5, 1880.)

In einem auf der letzten Naturforscher-Versammlung über den "*Transfert*" gehaltenen Vortrag bezeichnete Schiff als die Ursache dieser merkwürdigen Erscheinung die *Molecularerschütterung.* *)

*) Schiff, Ueber Metallotherapie. Tageblatt der 52. Naturforscher-Versammlung in Baden-Baden 1879. S. 148 ff.

Durch die neuere Physik ist ausser Zweifel gestellt, dass bei allen festen Körpern die Molecüle nicht ruhen, sondern sich in einer beständigen Schwankung, der sogenannten Wärmeschwankung, befinden. Demnach ist es wahrscheinlich, dass diese Molecularbewegung für die verschiedenen Körper eine verschiedene sei und dass sie verschieden wirken müsse. Eine Erklärung der Phänomene des Transfert ist mit dieser Annahme allerdings noch nicht gegeben, dazu ist der Begriff der Molecularbewegung ein zu allgemeiner, sondern der Vorgang selbst wird nur in einer dem heutigen Standpunkt der Wissenschaft mehr entsprechenden Weise bezeichnet, wie auch diese Hypothese manche andere sonst unverständliche Thatsachen, z. B. der „experimentellen Katalepsie", verstehen hilft. Denn indem wir uns vorstellen, dass der physiologischen Thätigkeit unserer Nerven und nervösen Apparate ein bestimmtes Verhalten der Molecularbewegung zu Grunde liegt, wird es auch erklärlicher, dass eine den Molecülen mitgetheilte neue Bewegung auch neue Erscheinungen an ihnen zu Wege bringt, gemäss der Beobachtung, dass eine moleculäre Bewegung von einer anderen durch Interferenz aufgehoben resp. modificirt wird.

Schon a priori ist auzunehmen, dass der Transfert ausser an den bisher beobachteten physiologischen Erscheinungen der Nerventhätigkeit sich noch an anderen constatiren lassen könne, sofern ihnen nur eine bilaterale Nervenfunction zu Grunde liegt. Und ganz dasselbe gilt auch von halbseitigen pathologischen nervösen Affectionen. Drei hierher gehörige Beobachtungen, welche die Uebertragung des Schmerzes auf die analoge Stelle der andern Körperhälfte und das Aufhören an der ursprünglichen betreffen, werden vom Verf. mitgetheilt.

I. Frau F., Hôteliersfrau, 30 Jahre alt, ist von gracilem Körper und blasser Gesichtsfarbe. Seit einer längeren Reihe von Jahren leidet Pat. an einer in circa dreiwöchentlichen Intervallen bald rechts- bald linksseitig auftretenden Hemicranie. Die Anfälle sind mit Frostgefühl, Gesichtsblässe, Flimmern vor den Augen etc. verbunden und dauern 1 bis 2 Tage an. Zu ihnen gesellten sich vor ungefähr 2 Jahren Anfälle, die mit Angstgefühl begannen, mit Ausstossung eines lauten Schreies in Bewusstlosigkeit übergingen und dann mit tonischen Krämpfen verbunden waren. Die Patientin war „steif wie ein Brett". Sechs bis sieben Monate nach dem ersten Auftreten dieser Anfälle bildeten sich solche, wie der am 13. November 1879 beobachtete heraus: Patientin liegt bleich, mit geschlossenen Lidern, sehr matt zu Bett und klagt über unerträglichen rechtsseitigen Schläfenschmerz. Noch während sie spricht, verändert sich plötzlich die Scene. Das Bewusstsein ist geschwunden, die Augen sind geöffnet, die Pupillen weit, auf Lichtreiz nicht reagirend. Die Athmung ist suspendirt, der Mund steht offen; Muskelspannungen sind nicht vorhanden. Nach vielleicht einer halben Minute erfolgt mit tiefer Inspiration Wiedererwachen und zugleich erneutes Klagen über den Kopfschmerz. In etwa 5 bis 6 Minuten langen Intervallen wiederholten sich die Anfälle. In der Zwischenzeit war der Puls klein, leicht zu unterdrücken, 100; im Anfang etwas langsamer. Um die Patientin aus den höchst beängstigenden Anfällen zu erwecken wird der Inductionsstrom angewendet und auch gegen den Kopfschmerz versucht. Aber erst nach Einschaltung meines Körpers in den Stromkreis, d. h. nach Anwendung der electrischen Hand, wird eine minimale Stromesstärke vertragen.

Sehr bald lässt der Schmerz rechts bis zum Verschwinden nach, aber in diesem Augenblick giebt Patientin an, er sitze jetzt in der linken Schläfe. Und dieses Spiel wiederholte sich nach einem weiteren Anfall noch einmal.

II. Fräulein N. aus L., 22 Jahr alt, leidet seit ihrer Kindheit an halbseitigem Kopfschmerz, der in drei- bis vierwöchentlichen Intervallen bald rechts bald links auftritt und mit Kältegefühl und Uebelkeit etc. verbunden ist. Patientin wird am 20. December 1879 wegen eines diesmal rechtsseitigen Anfalles mit sehr schwachem Strom, vermittelst der elektrischen Hand, faradisirt. *Nach wenigen Minuten lässt der Schmerz nach; kaum aber meint Patientin, sie befinde sich jetzt wohl, als sie den Schmerz in der linken Schläfe, wenn auch nicht so heftig wie vorher rechts, fühlt.*

III. Paul R., 23 Jahr alt, Commis, leidet seit 9 Jahren an periodisch drei- bis viermal im Jahre wiederkehrendem rechtsseitigen Stirnkopfschmerz. Derselbe localisirt sich über den arcus superciliaris, erscheint ungefähr 14 Tage hindurch von ca. 10 Uhr Vor- bis 3 Uhr Nachmittags, erst mit zunehmender, dann mit geringer werdender Heftigkeit. Mitunter stellt sich vor Beginn des Schmerzes Flimmern vor dem rechten Auge ein. Aetiologie unbekannt; an Intermittens hat Patient nie gelitten. Fiebererscheinungen, Milzschwellung sind nicht vorhanden. Chinin und Morphium waren bereits ohne Erfolg angewendet worden. Wegen des wieder eingetretenen Schmerzanfalles wird Patient am 6. Januar 1880 sehr schwach mittelst der elektrischen Hand, faradisirt. Auch von ihm erfolgt *ungefragt* bald die Bemerkung: *rechts sei der Schmerz fort, er sitze schwächer, aber deutlich in der linken Stirnhälfte.*

Verf. legt in allen 3 Fällen auf die Wirkung des electr. Stromes als solchen keinen Werth, weil wenn auch bei stärkeren Strömen Stromschleifen durch das Gehirn gehen, dies doch bei den sehr geringen, wie den oben erwähnten, kaum anzunehmen sei, ist vielmehr der Ansicht dass es sich hier nur um die Wirkung eines minimalen Reizes einer Moleiularerschütterung handle.

---

109) **O. Berger** (Breslau): Ueber Catalepsie und Chorea major.
(Vortr. in d. med. Sect. d. Schles. Ges. f. vaterl. Cultur am 27. Febr. 1880).

Nach einigen kurzen historischen Bemerkungen über die *Catalepsie* sucht der Vortragende die Ansicht zu begründen, dass dieselbe, wenngleich sie in den meisten Fällen nur als ein *Symptom* verschiedener Hirnerkrankungen, besonders bei *Psychosen* auftritt, und sodann relativ häufig als eine Theilerscheinung bei *schwerer Hysterie* zur Beobachtung gelangt, doch auch in seltenen Fällen eine *selbstständige* paroxysmenweise auftretende Neurose darstellt. Hinsichtlich der Symptomatologie pflegt man die *Flexibilitas cerea* nicht nur als das wichtigste pathognostische Symptom zu betrachten, sondern ist geneigt, diejenigen Zustände von Starrsucht, welche dieses Symptom nicht darbieten (Catochus), auch nicht unter den Begriff der Catalepsie zu subsumiren, oder höchstens als „*Catalepsia spuria*“ gelten zu lassen. Auf Grund eigener Beobachtungen tritt der Vortragende dieser Auffassung entgegen. Die in der That *pathognostische* Bedeutung der Flexibilitas cerea soll dabei keineswegs angefochten werden, aber in mehreren Fällen des Vortragenden fanden sich in ein-

seinen Paroxysmen so hochgradige tonische Muskelkrämpfe, dass von einer passiven Beweglichkeit der Glieder nicht die Rede war, während andere Anfälle derselben Kranken mit ausgesprochener Flexibilitas einhergingen. Ja im Verlaufe eines Anfalles konnte er mehrmals die Intensität der Muskelstarre in kurzen Zwischenräumen wechseln sehen, von dem Zustand der wachsartigen Biegsamkeit bis zur vollständig unbeweglichen tetanoiden Starre. Die Flexibilitas cerea stellt demgemäss nur einen ganz bestimmten mittleren Contractionsgrad der vom tonischen Krampf befallenen Muskeln dar, welcher sich aber bisweilen so steigern kann, dass die passive Stellungsveränderung unmöglich wird. In einem seit längerer Zeit mit Herrn Collegen Hannes behandelten Falle von *hysterischer Catalepsie* hat B. mehrfach Gelegenheit, die Analogien zwischen diesem spontanen Krankheitszustande und der *„experimentellen Catalepsie“* zu studiren. Es zeigte sich hier eine vollständige Uebereinstimmung, besonders auch hinsichtlich der Nachahmungsautomatie und des Nachsprechens. Auch gelang es, durch leise centrifugale Striche in wenigen Sekunden die sehr charakteristische Flexibilitas cerea in eine immobile Starre umzuwandeln, durch leichtes Streichen *Trismus*, Contracturen des Sternocleidomastoideus, des Cucullaris etc. zu erzeugen. Von Wichtigkeit ist die Thatsache, dass der Nachahmungszwang zu Tage trat, ohne das irgend welche Manipulationen an der Kranken vorgenommen wurden. Beim Auflegen der Hand auf den Kopf derselben zeigte sich nun die merkwürdige Erscheinung, dass sie jetzt *allen an sie gerichteten Aufforderungen lautlos nachkam* ohne späterhin eine Ahnung davon zu haben. Dieselbe Erscheinung fand Herr Berger auch bei einer sonst vollständig gesunden Person, einer Wärterin seiner Abtheilung, die sich im Zustand der „experimentellen Catalepsie“ befand; doch konnte späterhin dieses Verhalten auch ohne Auflegen der Hand beobachtet werden.

In Betreff der *Chorea major* tritt der Vortragende auf Grund einer Reihe eigener, zum Theil kurz berichteter Beobachtungen mit Entschiedenheit *für die selbstständige Bedeutung* dieser höchst merkwürdigen — durch die hypnotischen Versuche unserem Verständniss näher gerückten — Neurose ein, welche in analoger Weise wie die Chorea minor vorzugsweise eine Krankheit der zweiten Kindheit darstellt und keineswegs, wie Ziemssen will, nur als ein Ausfluss echter Psychosen und Cerebralleiden einerseits der Hysterie und der Simulation andererseits aufgefasst werden darf. Aus der überraschenden Einwirkung plötzlicher Reize (z. B. kalter Uebergiessung) dürfe man noch durchaus nicht die Berechtigung herleiten, in einem vorliegenden Falle die Diagnose auf Simulation zu stellen. Wenn man den schweren hypnotischen Symptomencomplex durch ähnliche, weit leichtere Reize auf der Stelle beseitigen kann, so darf es nicht Wunder nehmen, wenn in gleicher Weise, oder durch anderweitige psychische und moralische Einwirkungen Paroxysmen beeinflust werden, bei denen ja ihrem ganzen Verlauf gemäss von einer schweren materiellen Läsion nicht gut die Rede sein kann. Herr B. ist geneigt, als Grundlage

der Chorea major eine krankhaft gesteigerte Erregbarkeit cerebraler Centralorgane anzunehmen, auf Grund welcher die in den genannten Apparaten aufgespeicherten Bewegungs-Combinationen — zum Theil erlernt, zum Theil nur Erinnerungsbilder früher gesehener Bewegungsacte — unwillkürlich und unbewusst zeitweilig (anfallsweise) gewissermassen explodiren. Die höchst merkwürdige Energie und Geschicklichkeit der in den Paroxysmen der Chora major ausgeführten Bewegungen — diese sind bekanntlich oft der Art, dass sie im normalen Zustand überhaupt nicht in gleicher Weise ausgeführt werden können —; die Lebhaftigkeit der im Anfalle oft vorhandenen Hallucinationen, die nicht selten auffallende Verschärfung der Sinnesempfindungen u. A. m. bieten vielfache Analogien mit den Ergebnissen der hypnotischen Versuche. Die im kindlichen Alter vorkommenden Fälle von Chorea major haben im Allgemeinen eine günstige Prognose. Von Arzneimitteln ist in erster Reihe *Arsenik* zu empfehlen. Neben zweckentsprechenden diätetisch-hygienischen Massnahmen und geeigneter psychischer Behandlung sind besonders *milde hydrotherapeutische Proceduren* (feuchte Einwickelungen und laue Halbbäder) anzurathen. — Das Bromkalium leistet hier *eben so wenig, wie bei der Chorea minor*. —

---

110) **Schmidt:** Ueber das Vorkommen der Hysterie bei Kindern.
(Inaugural-Disseration, Strassburg 1880.)

Nach einem Abriss der Geschichte der Hysterie, aus welchem die allmälige Wandlung der Ansichten zu Gunsten der rein nervösen Natur der Krankheit hervorgeht, berücksichtigt Vf. in der unter Leitung der Proff. Jolly und Kohts verfassten Dissertation die Literatur der Hysterie bezüglich ihres Auftretens im Kindesalter und theilt 4 Fälle eigener Beobachtung von Hysterie bei Kindern mit. — Der erste Fall betrifft ein 7 jäh. Mädchen, mit 6 Monate dauernder Flüsterstimme, die nach Einführung des Larynxspiegels verschwand. Der 2. Fall ein 13 jäh. Mädchen mit seit $^3/_4$ Jahren bestehender Unfähigkeit zu schlingen, die nach Sondenuntersuchung beseitigt war. Der 3. Fall betrifft ein 9 jähriges, anaemisches, anfangs mit häufigem Erbrechen und choreatischen Zuckungen der oberen Extremitäten behaftetes Mächen, welches, mit einem Croupkinde zusammengelegt, sofort bellenden Husten mit Tonlosigkeit der Stimme ohne positiven Befund, darauf Hinken eines Beines, später Zuckungen der Gesichtsmusculatur, sehr häufige schmerzlose Diarrhoen mit stinkenden Blähungen bekam und bei welchem diese Symptome schwanden, sobald es sich nicht beobachtet glaubte. Die Mutter dieses Kindes ist nervös, eine Schwester unter der Hysterie suspecten Symptomen späterhin behandelt worden. Den 4. Fall endlich liefert ein 7 jähriges Mädchen — Tochter einer Hysterica, — welches in der Reconvalescenz von einem mit Mitralinsufficienz verbundenen Gelenkrheumatismus Contracturstellung der Extremitäten ohne Fieber und Gelenkaffection bekam, nach Streckung der im Gelenke Beginne der Chloroformnarcose Extensorenstellung beibehielt, zu welcher sich eine Schmerzhaftigkeit

der Wirbelsäule hinzugesellte und bei dem schliesslich, nach vielen erfolglosen Curen, der moralische Einfluss des Arztes sich als heilsam erwies.

Vf. hebt in der Epicrise hervor, dass der Ausbruch der Hysterie im Kindesalter durch eine grössere Praedisposition bedingt sein dürfte, welche durch Heredität oder fehlerhafte leibliche (Anaemie und Chlorose herbeiführende) und geistige Erziehung (Nachahmung) oder Onanie herbeigeführt wird. Die bei derartig praedisponirten Individuen hinzutretenden determinirenden Ursachen seien vornehmlich psychischer Natur, wie Schreck, Misshandlungen, geistige Ueberanstrengung: aber auch körperliche Krankheiten, wie Gelenkrheumatismus, Chorea scheinen bestimmend auf den Ausbruch der Hysterie zu wirken. — Die Diagnose müsste sich sonach vorzüglich auf den Nachweis genannter Einflüsse stützen, würde aber auch durch die Erfolge einer moralischen Therapie bestätigt, welche die roborirende Therapie unterstützen müsste.

Schaefer (Pankow).

---

111) **C. Riva**: Ueber die Veränderungen des Choroidalpigmentes bei Geisteskranken (selle alterazioni del pigmento coroideo negli alienati).

(Riv. speriment. di freniatr. V. B. 4. Heft.)

Bei Geisteskranken, vorzüglich in den Formen mit intermittirendem Character, oder in jenen welche auf pellagröser Cachexie beruhen, erscheint der Augenhintergrund unverändert, und zwar in Folge einer mehr oder minder stark ausgeprägten Depigmentirung der Choroidea, und einer Erblassung und Trübung der Retina. Wenn auch ähnliche Verhältnisse bei gesunden Individuen Platz greifen können, so erreichen sie bei letzteren doch niemals einen so hohen Grad.

Das Zusammentreffen der beschriebenen endoculären Erscheinungen mit gewissen pathologischen Gehirnzuständen, welche geeignet sind das Zustandekommen activer oder passiver Hyperaemien der Choroidalgefässe zu begünstigen, lässt es als höchst wahrscheinlich ansehen, dass derartige Circulationsstörungen die Hauptursache für die obigen krankhaften Veränderungen des Augenhintergrundes abgeben.

Obersteiner (Wien).

---

112) **Donald Fraser**: Kleinhirnatrophie bei zwei Geschwistern (Defect of the cerebellum occuring in a brother and sister).

(Glasgow med. Journal. 1880. 1. Heft.

Bereits vor mehreren Jahren hatte Fraser die beiden Geschwister, welche die alsbald zu beschreibenden Symptome in auffallend übereinstimmender Art darboten, seinen Collegen gezeigt, und damals die Diagnose auf ein cerebellares Leiden gestellt.

Der männliche Kranke war damals 30 Jahre alt, zeigte einen schwankenden unsichern Gang, der sich im Laufe der Jahre langsam verschlechterte; der Kopf schwankte ebenfalls fortwährend,

gleichsam als ob ihn der Nacken nicht ertragen könnte. Die Augen waren, ohne eigentlichen Nystagmus, in continuirlicher Bewegung; Strabismus convergens rechts; das Sehvermögen geschwächt, die Sprache langsam. Die ersten Symptome des Leidens sollen bereits im 2—3. Lebensjahre zu Tage getreten sein. Ein vor wenig Jahren überstandener Typhus blieb ohne merkbaren Einfluss auf den Gang der Krankheit. Vor Kurzem starb der Kranke, und es zeigte sich, bei sonst anscheinend normalem Centralnervensystem, eine beträchtliche symetrische Atrophie des Kleinhirnes, welches etwa die Hälfte des normalen Organes wog (90,0 Gramm mit Einschluss der Brücke und der Kleinhirnarme). Bei der mikroskopischen Untersuchung erschien die Kleinhirnrinde im Verhältniss zu der gesunden Kleinhirnrinde beträchtlich verschmälert (6 : 10), in weit geringerem Maasse hatte die Markmasse abgenommen. Die Purkinje'schen Zellen waren viel sparsamer, als unter normalen Verhältnissen, geschrumpft, ohne deutlichen Kern, ihre Fortsätze waren an Verzweigungen nicht scharf zu erkennen.

Da sich bei der Schwester, wie bereits erwähnt wurde, die vollkommen analogen Symptome nachweisen lassen, so ist es gerechtfertigt, bei ihr einen entsprechenden krankhaften Process im Kleinhirn anzunehmen.

Es wäre zu erwähnen, dass noch bei mehreren Geschwistern dieser beiden Kranken Störungen von Seiten des Nervensystems beobachtet wurden; die Eltern sind gesund, nur ist der Vater dem Trunke ergeben.

Obersteiner (Wien).

---

113) **P. Seppilli**: Ein Fall von Atrophie des Kleinhirns.

(Riv. speriment. di freniatria etc. V. B. 4. Heft).

Die 32 jährige Patientin war vor 4 Jahren an einem schweren Typhus erkrankt. Zur Zeit der Reconvalescenz traten allgemeine Tremoren auf mit Unsicherheit aller Bewegungen, Schwanken beim Gehen, Schwierigkeit beim Sprechen, Nackenschmerzen. Gleichzeitig konnte auf eine Abnahme der geistigen Fähigkeiten mit Hallucinationen constatirt werden.

Bei der 6 Wochen vor dem Tode vorgenommenen sehr sorgfältigen Untersuchung fand sich folgendes: Alle Körpermuskeln functionirten unregelmässig, clonische Contractionen der Gesichtsmuskeln, vorzüglich rechts, Rotationen der Bulbi, abwechselndes Oeffnen und Schliessen des Mundes, Retraction der Zunge. Rigidität der Nackenmuskeln, und theilweise auch der Brustmuskeln, Contractur der Arme, besonders rechts, an den Armmuskeln waren fortwährend ataktische Bewegungen zu bemerken. Auch an den Muskeln der contracturirten halb gebeugten Unterextremitäten zeigten sich ähnliche Bewegungen.

Ausser einer ziemlich ausgeprägten Hyperaesthesie und Occipitalschmerzen konnte von Seite der Sensibilität keine merkliche Abnormität aufgefunden werden.

Bei der Section fand sich eine sehr beträchtliche symetrische Atrophie des Kleinhirnes (56 grm.) dessen Gesammtform im Uebrigen der Norm entsprach. Die Windungen erschienen verschmächtigt, ebenso auch der nucleus dentatus. Die übrigen Theile des Gehirnes schienen normal.

Die mikroskopische Untersuchung des Kleinhirnes lässt zunächt die sehr beträchtliche Verschmälerung der Rinde erkennen (das Breitenverhältniss verglichen mit einem gesunden Kleinhirn war für die Hemisphären 1:4, für den Wurm 3:4); auch ist die Form der einzelnen Läppchen eine eigenthümlich unregelmässige, verzerrte. An der Oberfläche der Kleinhirnrinde findet sich ein Saum ovaler Zellen, welche Fortsätze gegen die tieferen Rindenschichten hinabsenden; die Purkinje'schen Zellen fehlen gänzlich, oder man trifft an ihrer Stelle bloss auf rundlich kleine Zellkörper ohne deutlichen Kern und Fortsätze. Die Körnerschichte ist auffallend schmal, in der Markschichte, welche wie die ganze Kleinhirnrinde zum grössten Theile aus einem Netzwerk bindegewebiger Fasern besteht verlaufen nur wenige Nervenfasern.

Die analogen Veränderungen, nur in bedeutend geringerer Intensität waren am Wurm zu bemerken.

Die Zellen des nucleus dentatus erschienen kleiner und geringer an Zahl als unter normalen Verhältnissen.

Aus der sehr eingehenden Epkirise welche S. an die Beschreibung dieses Falles knüpft, wollen wir nur einige wenige Punkte hervorheben.

Er führt den ganzen Process auf einen langsamen von den Meningen ausgehenden Reizzustand zurück, der wohl im Anschlusse an den Typhus entstanden sein dürfte. Die Sprachstörung ist der in dem gesammten Muskelsysteme beobachteten Functionsstörung gleichzustellen. — Mit den Geschlechtsfunctionen hat das Kleinhirn nichts zu thun.

Obersteiner (Wien).

---

114) Haunhorst: Zur Behandlung der progressiven Paralyse.

(Berlin. klin. Wochenschr. N. 13. 1880.)

115) Prof. L. Meyer: Ueber die Behandlung der progressiven Paralyse durch Scheitelfontanellen.

(Berlin. klin. Wochenschr. N. 15 1880.)

H. hält sich auf Grund seiner Beobachtung einiger *weniger*, nach der Meyer'schen Methode behandelter Fälle von progressiver Paralyse zu einer abfälligen Kritik der Methode berechtigt, welche zuweilen sehr schmerzhaft, mit Temperatursteigerungen verbunden und von keinem Erfolge gekrönt sei. Diese Kritik wird von Meyer auf Grund seines, inzwischen angewachsenen Beobachtungsmaterials mit Recht zurückgewiesen. M. fügt hinzu dass er durch weitere günstige Erfolge zur consequenten Fortsetzung seiner Behandlungsmethode veranlasst sei.

Schaefer (Pankow).

III. Verschiedene Mittheilungen.

116) **Aus der preuss. Rheinprovinz.** An der Wasserheilanstalt *Laubach* bei Koblenz ist Herr Dr. **Loeillot de Mars**, bisher in Berlin zum Hausarzt erwählt worden, und hat seine Thätigkeit bereits begonnen. —
Die ordentliche Professur für Psychiatrie in *Bonn*, soll, wie auf das Bestimmteste verlautet, Herrn Geh.-Rath **Nasse**, bis jetzt in Andernach, übertragen worden sein. Als seinen Nachfolger bezeichnet man Herrn Director **Nötel** in Merzig, der durch Herrn Dr. **Jehn** in Grafenberg ersetzt werden soll. Die Bestätigung dieser bestimmt auftretenden Gerüchte ist abzuwarten.

117) **Aus Baden-Baden.** Am 5. und 6. Juni wird hier die fünfte Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte statt finden.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) **Merzig**, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 2) **Düren**, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 3) **Eichberg** (Rheingau), III. Hülfsarzt, sogleich, 900 M., fr. Station. 4) **Halle a. Saale**, I. psychiatr. Klinik a) Volontärarzt, 600-1200 M. fr. Station, b) Assistenzarzt. II. provinc. Anstalt, Assistenzarzt. 5) **Grafenberg** (Düsseldorf), a) Assistenzarzt 900 M., freie Station. b) Volontairarzt 600 M. freie Station. 6) **Owinsk** (Posen) Assistenzarzt, 1. August; 2000 M.; fr. Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 7) **Allenberg** (Ostpreussen) Assistenzarzt 1200 M. bei freier Station. 8) **Eberswalde**, Erster Assistenzarzt, 1. Juli, M. 1500, fr. Stat. 9) **Schleswig**, Irrenanstalt, Director 6500 Mark, Wohnung und Garten, für Feuerung 270 M. 10) **Hildburghausen**, Assistenzarzt 1750 M. bei freier Station. 11) **St. Urban** (Canton Luzern), II. Arzt und stellvertr. Director 3000—3500 Mark, 12) Prrovinc.-Irrenanstalt **Hildesheim**, Hilfsarztstelle, 900 M., freie Station. 13) Bezirks-Irrenanstalt **Saargemünd**, Assistenzarzt 1200 M., freie Station. Eintritt April oder Mai. 14) **Schweizerhof**, Station Zehlendorf bei Berlin, III. Arzt, 1000 Mark und freie Station. Schriftliche Meldung beim Director Dr. **Laehr**. 15) **Friedrichsberg** bei Hamburg, Assistenzarzt. Meldungen an den Oberarzt Dr. **Reye**. 16) **Marsberg**, Volontairarzt, katholischer Confession. Meldungen bei dem Director Dr. **Koster**. 17) **Ückermünde** in Pommern, Assistenzarzt, 1000 Mark und freie Station. 18) **Görlitz** (Privat-Irrenanstalt des Dr. **Kahlbaum**), Assistenzarzt, 1. Juli. 19) **Stephansfeld** (Elsass), Assistenzarzt, sofort, 900 M., fr. Stat. — 20) Die **Kreisphysicate**: **Ahrensburg** (Schleswig) **Bochum** (Bochum), **Bublitz** (Cöslin), **Erkelenz** (Aachen), **Goldap** (Gumbinnen), **Hanau** (Kassel), **Hagen** (Arnsberg), **Krossen** (Frankfurt a. O.), **Labiau** (Königsberg), **Mansfelder** Landkreis (Eisleben), **Mogilno** (Bromberg), **Osterburg** (Magdeburg), **Osterode** (Königsberg), **Sensburg** (Gumbinnen), **Stuhm** (Marienwerder), Stadtkreis **Trier** (Trier), **Wehlau** (Königsberg), **Wongrowitz** (Bromberg).

Besetzte Stellen. Eberswalde, Volontairarzt Herr Dr. **Otto Hebold**, bisher Assistent am Johannes-Hospital in Bonn.

Auszeichnung. Herr Dr. **Ullrich** in Eberswalde zum Sanitätsrath ernannt.

Todesfälle. Kreisphysicus Dr. **Michalski** in Wongrowitz.

V. Briefkasten der Redaction.

Dr. **Möbius**: **Vulpian's** Faradisation der Haut besitze ich nicht. — Dr. **Dehn**: Die angefragte Arbeit (Poliomyelitis anter. acuta) kommt erwünscht. — Dr. **Ripping**: Besten Dank. — Dr. **Kast**, Ass. Arzt der electrotherap. Station in Heidelberg: wir bitten um ihre Adresse, da die Sendung der Sep.-Abdr. ihres Aufsatzes von Heidelberg und Leipzig als **unbestellbar** zurückkam.

VI. Anzeigen

Einladung zu Vorträgen.

In Folge des in Baden-Baden gefassten Beschlusses soll die 53. Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte vom 18. bis 24. September 1880 in Danzig tagen. Indem der Unterzeichnete im Namen der Geschäftsführung zur Betheiligung an derselben einladet, bemerkt derselbe, dass die bis Ende Juni angemeldeten Themata der Vorträge, welche in der

Section für Psychiatrie und Neurologie

gehalten werden sollen, in den später auszugebenden allgemeinen Einladungsprogrammen besonders werden aufgeführt werden.

Danzig, im April 1880.

Dr. Wallenberg,

T. einführender Vorstand der Section für Psychiatrie und Neurologie.

An der Brandenburgischen Landirrenanstalt zu *Eberswalde* soll die Stelle des

ersten Assistenzarztes

mit der ausser freier Station ein jährliches Gehalt von 1500 Mark verbunden ist zum **1. Juli dieses Jahres** anderweit besetzt werden.

Bewerbungsgesuche sind unter Beifügung von Zeugnissen und eines Lebenslaufes **längstens binnen 3 Wochen** an den Unterzeichneten zu richten.

Eberswalde, den 20. April 1880.

Dr. Zinn.

Königl. Geheimer Sanitätsrath.

In Commission bei **Albrecht Scheurlen** in Heilbronn erscheint:

Memorabilien.

Monatshefte für rationelle praktische Aerzte.

In Verbindung mit namhaften Fachmännern Deutschlands und Oesterreichs

herausgegeben und redigirt von

Dr. **Friedrich Betz,** prakt. Arzt in Heilbronn.

Monatlich 1 Heft zu 3 Bogen gr. 8. Preis des Jahrganges M. 9.

XXV. Jahrgang 1880.

Die Memorabilien, welche seit 24 Jahren erscheinen, haben die Tendenz, neben Mittheilung von Originalarbeiten, die *wichtigsten Ereignisse der rationellen Therapie* dem praktischen Arzte, welchem häufig Zeit und Gelegenheit mangelt, die zahlreichen grösseren Zeitschriften zu lesen, gesammelt vorzuführen.

Die zunehmende Verbreitung der Memorabilien, weit über die Grenzen Deutschlands hinaus, beweist wohl am Besten, dass es dem Herausgeber gelungen ist, ein Bedürfniss der praktischen Aerzte zu befriedigen. T.

In der J. DALP'schen Buchhandlung (K. Schmid) in Bern ist erschienen:

Illustrirte Vierteljahrsschrift für ärztliche Polytechnik.

I. Jahrgang. 1879, 200 Seiten Text mit 180 Illustrationen.
Preis Frcs. 5 = Mark 4, cart. Frcs. 5.60 = Mark 4.60.

Dieses Organ, welches mit dem 1. Januar 1880 seinen zweiten Jahrgang beginnen wird, ist das *einzige*, welches diese Seite der ärztlichen Kunst vertritt. Die heutzutage unbestrittene Herrschaft der localen Therapie über die früher übliche, rein pharmaceutische Behandlungsweise, lässt diese Zeitschrift, welche das Neueste und Wissenswertheste in Betreff ärztlicher Erfindung an der Hand guter Illustrationen zur Anschauung bringt, für jeden wissenschaftlich gebildeten Arzt *geradezu unentbehrlich* erscheinen. Bei der ausserordentlich grossen Zahl von Illustrationen war es eine typographische Unmöglichkeit, den Stoff der einzelnen Hefte in wissenschaftlicher Reihenfolge zu ordnen. Um so ängstlicher musste darauf Bedacht genommen werden den Jahrgang mit einem rationell angelegten Inhaltsverzeichniss zu schliessen, vermöge dessen in der Folge unsere Zeitschrift sich zu einem Sammelwerk von immer steigendem Werthe gestalten wird.

Diesem, auf die Seitenzahl weisenden Inhaltverzeichniss ist ein alphabetisches Namenregister mit doppelter (auf Nummern und Seiten bezüglicher) Verweisung angehängt, in welchem Namen der ärztlichen von denen der technischen Erfinder durch veränderte Schrift unterschieden sind.

Von vielen geachteten Zeitschriften: Berl. klinische Wochenschrift, Schmidt's Jahrbücher, allgem. med. Centralzeitung u. s. w. ist bereits auf dieses Unternehmen aufmerksam gemacht worden.

Vermöge des überaus billig gestellten Preises ist die Zeitschrift Jedermann zugänglich. T.

Mittheilung.

Die *zweite* Beilage unseres Blattes enthaltend: *„Ueber die Grundlagen der forensen Zurechnungsfähigkeit"*, Antrittsvorlesung von Dr. Sury-Bienz, Docent der gerichtl. Medicin an der Universität Basel, ist am 30. April an die Abonnenten versandt worden.

Coblenz Buch- & Notendruckerei von Ph. Werle.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von

Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. 1. Juni 1880. Nro. 11.

INHALT.

I. Originalien.

Neuralgia supraorbitalis intermittens.

Von Dr. A. SEELIGMÜLLER in Halle a. d. S.

Die nächste Veranlassung für die Veröffentlichung meiner Erfahrungen über die genannte Affection ist der in diesem Centralblatt Jahrg. 1879 p. 518 referirte Aufsatz von von Mandach aus dem Corresp. für Schweizer Aerzte 1879 Nro. 1. Allerdings ist mein Beobachtungsmaterial nicht so gross als das aus der Horner'schen Klinik. Indessen habe ich in den letzten 14 Jahren *immerhin* ein Dutzend *typischer* Fälle genau beobachtet und in diesen eine Behandlungsmethode erprobt, welche einerseits an Einfachheit und Sicherheit des Erfolgs nichts zu wünschen übrig lässt, andererseits aber über Sitz und Natur des intermittirenden Stirnkopfschmerzes sehr bestimmte Aufschlüsse giebt.

Sämmtliche Beobachtungen betreffen Personen, welche in Halle ihren Wohnsitz haben, mit Ausnahme von 2 aus der nächsten Umgebung und einem Studenten aus Ungarn. Von *Malaria* ist die Stadt Halle seit etwa 20 Jahren so gut wie immun, so dass die Studirenden hier fast nur an zugereisten Personen Gelegenheit haben, Intermittens zu beobachten. Auch in der nächsten Umgebung von Halle ist Intermittens sehr selten. Jedenfalls habe ich mich in sämmtlichen Fällen überzeugt, dass meine Kranken weder früher noch zur Zeit der Neuralgie an Intermittens litten. Nur der ungarische Student hatte vor 3 Jahren in seiner Heimath an einer Intermittens quartana gelitten und seitdem wiederholt ähnliche Schmerzanfälle gehabt, gegen die sich Chinin wirksam erwiesen; von einer nachweisbaren Milzanschwellung war aber auch bei ihm zur Zeit der von mir beobachteten intermittirenden Neuralgie nicht die Rede. In Bezug auf das *Alter* standen die jüngsten meiner Kranken in den zwanziger,*) die ältesten in den vierziger Jahren. Das männliche *Geschlecht* war bevorzugt. Die Affection betraf stets nur den einen N. supraorbitalis.

In allen Beobachtungen traten die Anfälle täglich ein Mal zu einer ganz bestimmten Stunde, in den meisten Fällen am Morgen ein, in dem einen Falle um 6, in mehreren andern um 8 oder 9 Uhr; nur in einem Falle Mittags 12, in einem anderen Abends 7 Uhr. *Die Pünktlichkeit, mit welcher die Anfälle sich wiederholten, ist wahrhaft erstaunlich; die Kranken brauchten nicht mehr nach der Uhr zu sehen; trat der Schmerz ein, so wussten sie, was die Glocke geschlagen hatte.* Diesen Punkt finde ich in der von Mandach'schen Arbeit, soweit ich sie aus dem Referat kenne, nicht gehörig hervorgehoben und zweifle ich daher daran, dass sämmtliche von ihm benutzte 82 Fälle solche von intermittirender Neuralgie in meinem Sinne gewesen sind. Denn die *einfache Intermittenz* gehört ja zu den Attributen der „Neuralgie“ an sich und erst die genau typische Wiederholung der Anfälle zu derselben Stunde macht die Neuralgie zu einer intermittirenden. Die *Dauer* der Anfälle betrug meist 2—3 Stunden; nur in einem Falle volle 9 Stunden, von Früh 6 bis Nachmittags 3 Uhr. Die spontanen *Schmerzen* werden in den meisten Fällen als ausserordentlich heftig beschrieben. Auch bei Druck ist der N. supraorbitalis stets sehr empfindlich, ebenso die benachbarte Stirnhaut gegen Nadelstiche hyperaesthetisch. Nur in dem Fall bei dem ungarischen Studenten bestand keine Empfindlichkeit bei Druck auf den Nerven. Dieser junge Mann fühlte sich vor dem Eintritt und nach Aufhören der Anfälle sehr matt und abgeschlagen, namentlich in den Füssen; wohl ein weiterer Beweis, dass es sich bei ihm um eine wirkliche Intermittens larvata handelte.

Was nun die *Aetiologie* anbetrifft, so kann ich der Ansicht Horner's, *dass die intermittirende Supraorbitalneuralgie die Folge einer katarrhalischen Affection der Stirnhöhlen sei,* nur beistimmen. Für diese Ansicht sprechen folgende Punkte:

*) Die Stirnhöhlen (S. unten) entwickeln sich bekanntlich nicht vor dem 2. Lebensjahre, nehmen von da an an Volumen zu und scheinen sich auch nach vollendeter Reife noch zu vergrössern. (Henle.)



1) In den meisten meiner Beobachtungen liess sich eruiren, dass kurz vor dem Auftreten der Schmerzanfälle die Kranken an Schnupfen gelitten oder wohl auch noch daran litten.

2) Das Luft- Ein- und Ausziehen mit der Nase war wesentlich erschwert oder unmöglich.

3) Mit dem Nachlassen der Schmerzanfälle wurde die Nase vorübergehend, mit dem gänzlichen Verschwinden derselben aber auf die Dauer wieder frei.

4) Mit der Annahme eines Katarrhs der Stirnhöhle werden wir uns aber vor allem befreunden, wenn wir die *Behandlungsmethode* in das Auge fassen, welche in allen meinen Fällen sehr schnell zur Heilung der Neuralgie führte. v. Mandach erzählt, Horner habe experimenti causa die Affection zuweilen mit Inhalation von Dämpfen, unzweifelhaft nicht ohne Erfolg, behandelt. Ich habe durchweg ein viel energischeres Mittel angewandt, welches mich niemals im Stiche gelassen, vielmehr oft unglaublich schnell geholfen hat, die *Nasendouche.* Fälle in welchen grosse Chinindosen längere Zeit Tag für Tag genommen, die Schmerzen gar nicht gelindert, ja selbst nicht einmal eine Verschiebung des Anfalls herbeigeführt hatten, zeigten sich meist schon nach einmaliger Application der Nasendouche erheblich gebessert und heilten in 2—3 Tage vollständig. In dem Falle, wo die Anfälle früh 6 Uhr eintraten, war vor einem Jahre, wegen derselben Neuralgie, nach vergeblicher Anwendung von Chinin, die subcutane Durchschneidung des N. supraorbitalis versucht worden, wohl aber wegen heftiger Blutung nicht recht gelungen, so dass die Schmerzen trotzdem noch lange Zeit fortbestanden. Bei dem späteren sehr heftigen Recidiv hatte das Chinin ebenfalls vollständig im Stich gelassen, als nach der ersten Anwendung der Nasendouche bereits ein Postponiren des Anfalls um 1$^3/_4$ Stunden und am nächsten Tage so gut wie gar kein Schmerz sich zeigte. Noch mehrere Recidive wurden auf dieselbe Weise schnell beseitigt.

Die *Art der Anwendung* der Nasendouche ist die gewöhnliche. Man lässt $^1/_2$—1 Liter lauwarmer Flüssigkeit, zu Anfang am besten Milch, später auch wohl eine sehr schwache Kochsalzlösung täglich 3—4 Mal durch die Nase laufen. Jedenfalls empfiehlt es sich, wenn der Anfall des Morgens einzutreten pflegt, Abends vor dem Schlafengehen und früh womöglich noch ein Mal 1 Stunde vor dem Eintreten der Anfälle diese Procedur vorzunehmen. Ist die Nase verstopft und will die Flüssigkeit nicht hindurchfliessen, so wird das Hinderniss durch öfter wiederholtes Douchen aus grösserer Höhe meist bald beseitigt. Wie gesagt, ist der Erfolg dieses Verfahrens meist ein überraschend prompter. In besonders hartnäckigen Fällen wäre vielleicht eine Lösung von salicylsaurem Natron oder $^1/_4$—$^1/_2$ procentiger Carbolsäure zu versuchen.*)

Wie haben wir uns nun die *Pathogenese* unserer Affection des Näheren vorzustellen? Bekanntlich sind die Stirnhöhlen mit einer

*) Auf die bei Gebrauch der Nasendouche angewendeten Cautelen zur Verhütung von Eintreten von Flüssigkeit durch die Tuben in die Paukenhöhle näher einzugehen, ist hier nicht der Ort.

Fortsetzung der Nasenschleimhaut ausgekleidet, welche von sensibeln Zweigen des Trigeminus durchzogen ist. Ueber die Innervation der Stirnhöhlenschleimhaut habe ich in den anatomischen Handbüchern, namentlich dem von Henle Folgendes gefunden: Nach Meckel und Langenbeck giebt der N. ethmoidalis Aestchen zur Schleimhaut der Stirnhöhlen. Dass dem so ist, konnte man von vornherein vermuthen, insofern die Stirnhöhlen entwicklungsgeschichtlich eine Ausstülpung der Nasenhöhlen, resp ihrer Schleimhaut nach oben darstellen und bekanntlich wird der obere Theil der Nasenhöhlenschleimhaut sensibel vom N. ethmoidalis versorgt. Recht anschaulich wird diese Annahme, wenn man die Fig. 241 in der ersten Auflage von Henle's Nervenlehre p. 374 betrachtet. Aber auch andere Zweige des ersten Quintusastes nehmen an der Innervation der Stirnhöhle Theil. So sollen nach Wrisberg und Blumenbach aus der Schlinge der Nn. supra- und infratrochlearis Zweige in die Stirnhöhlen dringen. Was schliesslich die Betheiligung des N. *supraorbitalis* anbetrifft, so beschreibt Wrisberg einen in den Sinus frontalis eintretenden Ast, der aus einem Ganglion kommt, zu welchem je ein Ast der Nn. supraorbitalis und supratrochlearis sich vereinigen sollen. Schliesslich hat Bock einen nicht seltenen Zweig des Supratrochlearis abgebildet, der durch die Stirnhöhle zur Stirn verläuft. Demnach werden also die Stirnhöhlen von fast allen Zweigen des 1. Trigeminusastes versorgt. Leider habe ich augenblicklich keine Zeit, um mich durch eigene Präparation von der genaueren Vertheilung der Nerven zu überzeugen.

Die einfache Schwellung dieser Schleimhaut kann unmöglich eine so heftige Reizung der in denselben verlaufenden sensibeln Nerven hervorrufen, sonst müssten wir ja bei jedem heftigen Schnupfen sicherlich heftige neuralgische Schmerzen beobachten. Nach meiner Meinung kommt noch ein anderes Moment hinzu, nämlich die Absperrung der Stirnhöhle, in Folge von Verlegung der Communication derselben mit der Nasenhöhle. Der betreffende Comunicationskanal beginnt, wie ich mich durch Präparation überzeugt habe, am Boden jedes Sinus frontalis mit einer rundlichen etwa 4—5 mm. im Durchmesser habenden Oeffnung, die sich in einen nur 3—4 mm. weiten ebenfalls mit Schleimhaut ausgekleideten Kanal nach der Nase zu fortsetzt. Dieser Kanal, welcher bis zu seiner Mündung unter der mitleren Nasenmuschel etwa $2^1/_2$ cm. lang ist, verläuft aber nicht etwa senkrecht, sondern schräg in der Richtung von vorn und oben, nach hinten und unten. Durch diesen schrägen Verlauf ist jedenfalls die Möglichkeit, verstopft zu werden, bedeutend vermehrt. Eine Reizung von *sensiblen* Nervenfasern in der mehr weniger vollständig abgesperrten Stirnhöhle könnte nun auf zweierlei Art zu Stande kommen, nämlich auf *chemischem* oder auf *mechanischem* Wege. Einmal nämlich könnte man annehmen, dass das in der abgesperrten Höhle stagnirende Secret sich chemisch zersetzte und dadurch im Stande wäre, eine heftigere Reizung hervorzubringen als das normale Secret von Haus aus. Diese Annahme aber ist mir unwahrscheinlich, einmal weil weder die Kranken noch ich selbst jemals auffällig eitrige oder gar jauchige Stoffe in der

mittelst der Nasendouche herausgespülten Flüssigkeit beobachtet haben; und sodann, weil ein putrider Katarrh der Stirnhöhlen sich wahrscheinlich mit Ulceration der Schleimhaut verbinden und die Reizung der sensibeln Nerven, resp. die dadurch hervorgebrachten Schmerzanfälle in hartnäckiger Weise unterhalten würde.

Viel mehr Wahrscheinlichkeit hat für mich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Annahme eines rein *mechanischen* Reizes sensibler Nervenfasern. In Folge von Reizung durch das stagnirende Secret wird die Schleimhaut der Stirnhöhle immer stärker secerniren, so dass schliesslich durch das massenhaft angesammelte Secret eine nicht unbedeutende Drucksteigerung in der Stirnhöhle eintreten muss. Diese aber muss die sensiblen Nerven bedeutend reizen, insofern dieselben in keiner Weise ausweichen können, vielmehr mit der Schleimhaut gegen die durchaus knöcherne Umgebung gedrückt werden.

Halle im Januar 1880.

II. Referate.

---

133) **A. Friedenreich**: Om spastisk Spinalparalyse.

(Hospitals-Tidende 1880, Nro. 10, 11, 12.)

Die Frage nach der Berechtigung, die Erb'sche Paralysis spinalis spastica (Charcot's Tabes dorsal spasmodique) als eine von anderen chronischen Rückenmarkskrankheiten gesonderte Krankheitsspecies aufzustellen, sowie die weitere, ob dieser klinischen Einheit als anatomische Veränderung eine Systemerkrankung, nämlich eine primäre Sklerose der Seitenstränge (Lateralsklerose), genauer gesagt, eine primäre Sklerose eines bestimmten hinteren Abschnittes der Seitenstränge, nämlich der Pyramidenbahn Flechsig's, wie dies von den genannten Autoren als höchst wahrscheinlich hingestellt wird, zu Grunde liege, ist bekanntlich neuerdings vielfach in der Literatur wie in den Verhandlungen medicinischer Gesellschaften ventilirt, und ganz besonders von Leyden in negativem Sinne beantwortet worden. Auch F. glaubt, gestützt auf zwei Beobachtungen im Kopenhagener Kommunen Hospital die Frage gegen Erb und Charcot entscheiden zu können.

Die erste Beobachtung betrifft einen Fall von subacuter spastischer Paralyse mit günstigem Ausgang (in ca. $3^1/_2$ Monaten), der sich also den Fällen von Nelden (Berl. klin. Wochschr. 1878 p. 563) und Heuck (ibidem 1879 p. 29) anschliesst.

Patient ein 39jähr. Maler und Lackirer, der weder an Bleikolik noch an Syphilis gelitten, hatte schon 1864 eine ca. ein halbes Jahr dauernde Lähmung sämmtlicher Extremitäten und des Gesichtssinnes überstanden. Seitdem häufig flüchtige Schmerzen in Lumbalgegend und Extremitäten. Nachdem eine Ende April 1879 beginnende fieberhafte Erkrankung, die mit heftigen Schmerzen der oben bezeichneten Art verbunden war, vorangegangen, bildete sich Anfang August innerhalb dreier Tage eine vollständige Lähmung

beider Unterextremitäten aus. Nachdem diese sehr bald wieder zurückgegangen, entstand nun Zittern und Steifheit der Extremitäten. Bei seiner Aufnahme am 10. September zeigten sich die Bewegungen der Arme sehr geschwächt, dabei ruckweise und mit bedeutendem, etwas unregelmässigem Zittern, besonders in der Richtung der Flexion-Extension erfolgend. Dagegen weder Rigidität noch Widerstand gegen passive Bewegungen. Bei ruhiger Bettlage keine Andeutung von Zittern. Bei dem mit Anstrengung verbundenen Versuch, sich im Bett aufzurichten, entsteht heftiges Zittern, so dass er sich bald wieder legen muss. Die active Beweglichkeit der Beinen sehr gering, so dass er zumal nach vorausgegangenen Anstrengungen oder wenn er erregt ist, kaum im Stande ist, geringe Bewegungen der Zehen und Füsse auszuführen; nur nach längerer Ruhe gelingt es ihm, meist aber nur nach Einleitung der Bewegung mit Hülfe der Hände, die Kniegelenke einige Grade zu beugen, wobei heftiges klonisches Zittern durch Contraction des M. quadriceps femoris entsteht. Aehnliche rhythmische Contractionen werden durch passive Beugung des Kniegelenks hervorgerufen. Dagegen gelingt die Extension des flectirten Kniees ohne Schwierigkeit und ohne Zittern. Abduction oder Flexion im Hüftgelenk activ unmöglich, passiv nur in geringer Ausdehnung und unter starkem Widerstand der Streckmuskeln. Dorsalflexion im Fussgelenk absolut unmöglich; beim Versuch passiver Ausführung entsteht sehr starker Dorsalklonus. Dagegen Plantarflexion in geringem Grade möglich. Beim Versuch, sich auf die Beine zu stützen, entsteht starke Extension in Hüft- und Kniegelenken, und die Füsse stellen sich in stärkste Equinusstellung. Dabei heftige, rhythmische Zuckungen der Beine. Ausserordentlich schnelle Ermüdung beim Versuch willkührliche Bewegungen auszuführen. Sensibilität normal, Hautreflexe kaum stärker als normal, Sehnenreflexe enorm erhöht.

Unter Gebrauch von Argentum nitricum sehr schnelle Besserung. Schon am 20. September kann man kaum noch Dorsalklonus hervorrufen, am 8. November kann Pat. beim Gehen die Hacken auf den Boden aufsetzen, Anfang December wird er fast völlig hergestellt entlassen.

Wichtiger für die vorliegende Frage als der oben berichtete mit Genesung endigende Fall ist der zweite, welcher durch die anatomische Untersuchung vervollständigt werden konnte. Derselbe lautet im Auszug:

Pat. ein 31jähriger Hülfsmann, ist schon seit der Kindheit auf dem linken Auge blind, während das rechte nur geringe Sehschärfe zeigt. Etwa $1/2$ Jahr vor der Aufnahme (25. August 1878) Beginn der Gehstörungen. Bei der Aufnahme zeigt sich die Sprache langsam, zuweilen stammelnd, die Intelligenz sehr stumpf, bisweilen unmotivirtes einfältiges Lächeln. Stärkere weissliche Trübungen der linken, schwächere der rechten Linsenkapsel erklären die Sehstörung nur ungenügend. Eine Veränderung der Sehnervenpapillen soll bei einer einmaligen ophthalmoscopischen Untersuchung nicht constatirt worden sein. Muskelkraft der Arme recht gut, die Beine trotz nahezu herculischer Musculatur paretisch, links schwächer als

rechts. Geht mit unsicheren, kleinen Schritten und gespreizt. Schwierigkeit, sich mit geschlossenen Augen aufrecht zu erhalten, aber keine Ataxie. Sensibilität, soweit bei der geringen Intelligenz zu eruiren, normal, Reflexbewegungen verstärkt. Stark ausgeprägtes Kniephänomen und Dorsalklonus der Füsse. Keine Beschwerden beim Uriniren und bei der Defaecation. — Im weiteren Verlauf traten deutliche spastische Erscheinungen in den Beinen und auch der characteristische spastische Gang auf. Im April 1879 wird auch Steifigkeit der Rumpfmuskulatur notirt. Dabei zunehmender Schwachsinn. Wenig später hört die Rigidität der Muskeln auf, während die Reflexe noch sehr stark, und es erscheint nur noch das Bild der Parese. Die Excretionen geschehen theilweise unwillkürlich. In den letzten Tagen starke Krämpfe in Armen und Beinen, wobei die im rechten Winkel gebeugten Arme gegen die Brust gedrückt sind. Schluckbeschwerden, so dass nur flüssige und aufgeweichte Nahrung genossen wird, und muss Pat. gefüttert werden. Zuweilen vollständige Erschlaffung der Muskeln. Sprache stolpernd, kupirt. Der Tod erfolgte nach allmälig zunehmendem Collaps am 31. August 1879.

Bei der Section zeigte sich in der Blase eiteriger, ammoniakalisch riechender Urin, und leichte Injection im Gebiet des Trigonum. Schädelknochen dick, blutreich. Dura Etwas verdickt. In den Maschen der Pia reichliches Serum, Gyri, schmal. Im Gehirn keine Herde, die Substanz feucht, weich, mit zahlreichen Blutpunkten. Ventrikel dilatirt. Eine mikroskopische Untersuchung des Gehirns hat nicht stattgefunden — Rückenmark und verlängertes Mark zeigen verminderte Consistenz. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt fast in allen Abschnitten grössere oder kleinere Erweichungsheerde in den verschiedensten Stadien des pathologischen Prozesses, hie und da bis zum völligen Untergang der nervösen Gewebstheile. An anderen Stellen zeigte sich mehr eine einfache Hypertrophie der Neuroglia. Die Veränderungen betrafen an verschiedenen Stellen die verschiedensten Theile des Querschnittes, und war auch die graue Substanz, wenn auch in geringem Grade betheiligt.

F. meint, dass trotz der von Anfang an bestehenden Hirnsymptome, kein Zweifel über die Beziehung des Falles als „Spastische Spinalparalyse“ bestehen könne, und dass derselbe demnach beweise, dass die mit diesem Namen bezeichnete Affection keine selbstständige Krankheit sei, sondern nur einen Symptomencomplex, etwa analog der Paraplegia dolorosa darstelle, welcher bei verschiedenen Rückenmarksleiden vorkommen könne. Die spastischen Erscheinungen seien die Folge der gesteigerten Sehnenreflexe, und ist F. geneigt, diese Erhöhung der Erregbarkeit der betreffenden Reflexcentren nicht sowohl durch die Aufhebung resp. Verminderung der cerebralen Hemmung, als vielmehr durch eine Reizung in Folge des im Rm. verlaufenden pathologischen Prozesses zu erklären. Wenn es auch möglich wäre, dass diese Functionsstörung durch eine Läsion der Seitenstränge zu Stande komme, so sei das bisher noch nicht bewiesen, und könne man gewiss nicht bei der fraglichen Störung auf eine ausschliessliche Affection der Pyramidemseitenstrangbahnen schliessen.

(Ref. kann nicht umhin zu bemerken, dass der referirte Fall doch allzu sehr von dem von Erb und Charcot gezeichneten typischen Bilde abweicht, als dass demselben eine entschiedene Bedeutung für die Frage nach der klinischen Individualität der Erb'schen Paralysis spinalis spastica zugestanden werden könne. Abgesehen von den Hirnsymptomen und den gegen Ende hervortretenden Bulbärerscheinungen finden wir notirt, dass durch Schliessen der Augen die Schwierigkeit, sich aufrecht zu erhalten, vermehrt wird. Wir vermissen auch den langsamen progessiven Verlauf; die spastischen Symptome treten mehr episodisch in die Erscheinung, nachdem sich vorher relativ sehr schnell eine ganz bedeutende Paraparese ausgebildet hatte. Dass spastische Erscheinungen, und speciell der characteristische spastische Gang im Verlaufe der verschiedenen Rückenmarkserkrankungen auftreten könne, ist noch von Niemand geleugnet worden.)

Dehn (Hamburg).

---

134) **A. Strümpell**: (Leipzig): Beiträge zur Pathologie des Rückenmarkes.

(Arch. für Psychiat. u. Nervenkrankh. B. X. H. 3.)

1. Spastische Spinalparalysen.

Str. theilt einen Fall von chronischer *Myelitis dorsalis* mit, der im Beginn die Symptome der Erb'schen „*spastischen Spinalparalyse*" dargeboten hatte. Der Pat., ein 25jähriger Kaufmann, früher syphilitisch, erkrankte an rasch fortschreitender Lähmung der Unterextremitäten mit Rigidität der Muskeln, erhöhten Sehnenreflexen, convulsivem Zittern, so dass bereits 4 Wochen nach dem Beginn das Gehen unmöglich war. Sehr bald traten auch Sensibilitätsanomalien, Störungen der Harnentleerung, schliesslich vollkommene Retention mit Cystitis und leichter Decubitus hinzu, — kurz es entwickelte sich das unzweideutige Bild einer verbreiteteren Querschnittsmyelitis, die kaum $1/2$ Jahr nach dem Beginn zum Tode führte. Die Untersuchung des Rückenmarkes ergab eine ziemlich diffuse Myelitis mit fleckweisem Charakter im oberen und mittleren Dorsaltheil mit Betheiligung der grauen Substanz, aber deutlicher Bevorzugung der Pyramidenseitenstrangbahnen. Im mittleren und oberen Halsmark fand sich Degeneration der Goll'schen Stränge und Kleinhirnseitenstrangbahnen. In der med. oblongata waren die degenerirten Goll'schen Stränge bis zu den Kernen derselben zu verfolgen, auch die degenerirten Kleinhirnseitenstrangbahnen (dicht hinter den Oliven) noch sichtbar. Nach abwärts v. 7. Dorsalnerven beschränkte sich die Degeneration mehr und mehr auf die beiden Systeme der Pyramidenseitenstrangbahnen und Kleinhirnseitenstrangbahnen. Die Clarke'schen Säulen im untern Dorsalmark bedeutend ärmer an Ganglienzellen. Im Lendenmark fand sich nur die typische Degeneration an dem Hinterseitenstrange neben schwachen Resten der Randdegeneration.

Bemerkenswerth erscheint bezüglich der *Ausbreitung* des Prozesses die Prädisposition einzelner Theile des Rückenmarks zur Er-

krankung gegenüber der grösseren Immunität anderer Theile. Speciell beachtenswerth ist die Erkrankung der Kleinhirnseitenstrangbahnen sowohl nach *auf-* als nach *abwärts* von dem primären Herd, — möglicherweise nach beiden Richtungen hin *secundärer* Natur.

2. Hydromyelus und systematische Degeneration der Seitenstränge.

Bei einem 35jährigen Kaufmann hatte sich im Laufe von 17 Jahren langsam zunehmende Schwäche in den obern und untern Extremitäten mit Muskelsteifigkeit entwickelt. Bei der Aufnahme starke Contracturen in der rechten oberen und beiden unteren Extremitäten, heftiger Clonus, erhöhte Sehnenreflexe; dabei ungestörte Sensibilität und Harnentleerung. Die Muskelspannung in den untern Extremitäten erreichte hohe Grade es traten förmliche Schüttelkrämpfe mit lebhaften Schmerzen ein. Zuletzt Decubitus, ödematöse Anschwellungen, Tod.

Bei der Section zeigte sich das ganze Rückenmark vom obern Hals- bis zum Lendentheil im Innern von einem Canal durchzogen (dem erweiterten Centralcanal), der am weitesten ist im obern Hals- und obern Dorsalmark, sich im untern Halsmark und Lendenmark schlitzförmig verengert. Derselbe ist mit Cylinderepithel ausgekleidet; vom 3.—6. Brustnerven findet sich noch eine zweite kleinere Höhle, die in den Hauptcanal einmündet. Vom Rückenmark selbst boten Vorderstränge und Vorderhörner ausser einer Verschiebung und Abplattung nur geringe Veränderungen, dagegen markirt sich eine Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahnen und Kleinhirnseitenstrangbahnen durch die ganze Länge; die Hinterstränge zeigen bes. im Hals- und untern Dorsalmark herdförmige Degenerationen. Die Hinterhörner (Clarke'sche Säulen) zum grossen Theil untergegangen.

Str. fasst den Fall in der Weise auf, dass eine mangelhafte Anlage des Rückenmarks zur Entstehung des Hydromyelus und der combinirten Erkrankung zweier langer Fasersysteme, der Py S und Kl S geführt habe, einer Erkrankung, die keinenfalls als secundäre Degeneration betrachtet werden könne. Ob übrigens die spastischen Symptome des geschilderten Falles mit der Py S Degeneration zusammenhängen, geht aus dem anatomischen Befund keineswegs hervor.

3. Weitere Fälle von spastischer Spinalparalyse.

Das Symptomenbild der spastischen Spinalparalyse, theils rein, theils in Verbindung mit anderen nicht dazu gehörigen Erscheinungen, ist vom Verf. noch in einer Reihe von Fällen und Erkrankungen bekannten und unbekannten anatomischen Charakters beobachtet worden. So bei *Compressionsmyelitis*, bei einem *Tumor des Rückenmarkes*, bei *multipler Sclerose*, *bei Hydrocephalus*, bei Erkrankungen des Nervensystems, die sich im Anschluss an *schwere acute Krankheiten* (spec. Abdominaltyphus — 2 Fälle —) entwickelten.

Die klinischen Erfahrungen berechtigen nach dem Verf. allerdings zur Auszeichnung der Formen spinaler Lähmungen, die mit ausgeprägten spastischen Erscheinungen (bes. erhöhten Sehnenreflexen) verlaufen. Dagegen wissen wir über die anatomische Grundlage der spastischen Phänomene Nichts sicheres. Immerhin ist die

Annahme Erb's, dass eine primär in den Seitensträngen sich entwickelnde Degeneration zu dem von ihm aufgestellten Krankheitsbilde führen kann, noch keineswegs ausgeschlossen.

Eisenlohr (Hamburg).

---

135) **C. Moeli**: Ein Fall von amyotrophischer Lateralsclerose.

(Arch. für Psychiatrie. Bd. X. H. 3.)

Ein 55jähriger Kaufmann bemerkte 1876 Unsicherheit beim Gehen, 2 Jahre später Schwäche der Arme mit rascher Abmagerung derselben. 79 bot der Kranke ausgesprochene Muskelatrophie beider obern Extremitäten und des Rückens mit erheblicher Schwäche ohne Contrakturen dar. Die untern Extremitäten nicht wesentlich abgemagert, ziemlich gut beweglich; doch ist der Gang in Folge der Schwäche der Rücken- und Schultermuskulatur breitbeinig, unsicher.

Sensibilität, Urinexcretion ungestört, sämmtliche Hirnnerven frei, Hautreflexe normal, Fuss- und Kniephänomen vorhanden. Keine Contrakturen. Elektrische Erregbarkeit der erkrankten Muskeln in Proportion zur Abnahme des Volums herabgesetzt, aber keine qualitative Aenderung der Reaktion. Tod an Pneumonie 3½ Jahre nach dem Beginn.

Die Untersuchung des Rückenmarks ergab eine Combination von *Degeneration der Pyramidenbahnen* in den *Hinterseitensträngen* durch das ganze Rückenmark mit *Atrophie der Ganglienzellen* (und Nervenfaserung) in den Vorderhörnern, die von oben nach unten an Intensität abnahm; ferner eine schwächere Erkrankung der *Seitenstrangreste*. Zugleich aber auch eine wenig intensive Degeneration der mittleren Parthieen der Burchdach'schen *Stränge* im untern Cervical- und obern Dorsalmark. Pyramiden und graue Kerne in der Oblongata unbetheiligt.

Verf. betrachtet den Fall als zu Charcot's *Sclérose latérale amyotrophique* gehörig, dem charakteristischen Befund: Sklerose der Pyramidenseitenstrangbahnen mit Affection der grauen Vorderhörner gemäss und trotz des Fehlens der Bulbäraffection, die nach Charcot regelmässig hinzutritt. Es möge bemerkt werden, dass ausserdem in klinischer Beziehung der Mangel jeglicher Contracturen, in anatomischer die Mitbetheiligung der Hinterstränge den Fall von dem Charcot'schen Typus unterscheidet.

Bezüglich des Ausgangspunktes der Affection kommt Verf. zu dem Schluss, dass die einzelnen Theile des corticomusculären Leitungssystems in gleichwerthiger Weise, aber nicht stets gleicher Folge und relativer Intensität erkranken, dass vielmehr die Krankheit verschiedenen Ausgangspunkt und verschiedene Ausbreitung haben könne.

Eisenlohr (Hamburg).

---

136) **Debove**: Recherches sur les hemianesthesies, accompagneés d'hemiplegie motrice, d'hemichorée de contracture et sur leur curabilité par les angents esthesiogènes.

(Sep.-Abd. aus L'union médicale 1879.)

Es ist eine Reihe von Fällen mitgetheilt worden, in welchen durch die Application „ästhesiogener Agentien," besonders durch die An-

wendung eines Magneten Hemianesthesien cerebralen Ursprungs dauernd und ohne Transfert geheilt wurden. Ueber die Heilung von motorischen Paralysen sind bis jetzt keinerlei Mittheilungen gemacht worden.

Deb. theilt nun in seiner Arbeit eine Anzahl eigener Beobachtungen mit, bei welchen in Folge cerebraler Läsion neben Hemianaesthesie auch eine motorische Parese bestand, welche beide durch die Application eines Mangeten beseitigt wurden. Auch gleichzeitig bestehende Chorea (Chorea posthemiplegica) und Contrakturen wurden durch solche Application geheilt. Die Hemianaesthesie war eine allgemeine, betraf die Haut, die Schleimhäute u. die Sinnesorgane.

Man hat angenommen (Charcot), dass die bei Hemianaesthesie vorkommende motorische Lähmung, die nach der Ansicht D.'s niemals fehlt, daher rühren soll, dass gleichzeitig sensible und motorische Nervenfasern durch die Läsion getroffen worden seien. Deb. hält diese Erklärung nicht für richtig, sondern glaubt annehmen zu müssen, dass die motorische Hemiplegie, ebenso wie die Hemichorea und Contrakturen, letztere durchaus nicht abhängig von einer Lateralsclerose, unmittelbare Folge der Gefühlslähmung sei, eine Annahme, die nichts Aussergewöhnliches habe, wie dies die Reflexparalysen, Coordinations- und Augenmuskellähmungen bei Tabes dorsalis zeigten. Eine besondere Stütze seiner Ansicht findet D. darin:

1) Dass in den beobachteten und zur Heilung gelangten Fällen von Hemianaesthesie cerebralen Ursprungs stets eine motorische Lähmung nachzuweisen war. (Er glaubt, man habe früher auf diesen Punkt nicht genügend geachtet, wodurch dem Beobachter häufig eine *Schwäche der Muskelkraft* entgangen sei.)

2) Dass rein motorische Lähmungen durch den Magneten *nicht gebessert, resp. geheilt werden;*

3) Dass auch bei der hysterischen Hemianästhesie *niemals* eine motorische Schwäche fehlt;

4) Dass der Transfert bei Hysterischen sich sowohl auf die Sensibilität als auch auf die Motilität erstreckt (auch auf Contrakturen).

Bei keinem der von dem Verf. mitgetheilten Fällen, welche zur Heilung gelangten, konnte er eine Spur von Transfert (Deplacement) beobachten, gibt aber zu, dass derselbe nach cerebraler Herderkrankung auch zur Beobachtung kommen könne, wie dies ein Fall von Vigouroux beweise. Er bestätigt ferner, dass auch durch die Application von Metallen und Electricität (ein Fall von Vigouroux) Hemianästhesie mit motorischer Hemiplegie cerebralen Ursprungs geheilt werden könne, sieht aber in der Application eines Magneten das *sicherste und am raschsten wirkende Heilmittel.* Die von manchen Autoren angenommene Ansicht, nur die plötzliche Hebung der Energie (expectant attention) reiche hin, um die Sensibilität zurück zu bringen, weist er für die mitgetheilten Fälle als ganz unmöglich zurück.

Db. benutzte einen Magneten in der Stärke von 25—30 Kilogr. Der Arm wurde den Polen bis auf wenige Millimeter genähert, zwischen Haut und Pole ein Papierblatt eingeschoben. Die Dauer

der Einwirkung betrug $1/2$ bis 24 Stunden und musste in den meisten Fällen wiederholt, ja lange Zeit täglich fortgesetzt werden. Die bei der Application auftretenden subjectiven Erscheinungen waren intensive, oft wochenlang bestehende Cephalalgie, meist auf der afficirten Gehirnseite, seltener als auf der gesunden, heftige Schmerzen in den Muskeln der paralysirten Beine, einmal auch heftiger Schmerz in der regio mammilaris, fibrilläre Zuckungen und Zittern in der ganzen paralytischen Seite.

Landolt, Oulmont und Charcot sind der Ansicht, dass bei Herdläsionen im Gehirn, welche Hemiparese und Hemianästhesie im Gefolge haben, nur ein Theil der Nervenfasern wirklich zerstört, und dass der übrige Theil durch Druck zur functionellen Inaktivität verurtheilt sei, die schon durch den geringen Reiz mittelst Application von Metallen beseitigt werden könne. Debove's Ansicht, die er jedoch nicht als unumstösslich ansieht, weicht hiervon ab. Er glaubt, dass sich ein gesetzter Reiz im Gehirn, wie Aehnliches ja auch für das Rückenmark angenommen ist, auf verschiedenen Wegen fortpflanzen könne. Für gewöhnlich folge die Erregung demselben, einmal eingeübten Weg, sei dieser jedoch verlegt, oder anderweitig in Anspruch genommen, so suche sich der gesetzte Reiz einen anderen Weg, bis er wieder in die alte Bahn gelange. Diese collateralen Wege zu öffnen, genüge die durch einen Magneten gesetzte Excitation.

Den Transfert erklärt sich Verf. auf folgende Weise: Die Zuleiter für die Erregungen beider Körperhälften kreuzen sich in der med. oblong. Indem nun die eine Seite, welche anästhetisch ist, durch den Magneten erregt wird, wird im Cerebrum der collaterale, transversale Weg zu der gesunden Seite geöffnet und der Reiz gelangt in dieser zur Perception. Hierdurch soll den Reizen an entsprechender Stelle der gesunden Seite der gewöhnliche Weg verlegt sein, wodurch sich die dortige Abschwächung des Gefühls erkläre.

Lässt die Erregung der kranken Seite nach, so suchten die dort applicirten Reize den directen Weg weiter zu gehen, wodurch nach einiger Zeit das normale Verhältniss für die gesunde Seite wieder hergestellt würde. — Dass die Qualität und der Ort des Reizes, trotzdem die Perception auf derselben Gehirnseite erfolgt, richtig empfunden wird, erklärt er sich durch die von Vulpian ausgesprochene Ansicht, dass zunächst auf den peripheren Reiz eine „*central medulläre Erregung*“ erfolge, für welche nur einige Nervenfasern genügen, um dem Sensorium eine genaue Angabe von dem Ort und der Art des primären Reizes zu machen.

Dass das eine Mal die Perception auf der normalen, das andere Mal auf der annomalen Gehirnseite (bei Transfert) erfolge, erkläre sich am leichtesten so, dass im ersten Falle nicht alle sensitiven Nervenfasern derselben Gehirnseite von der cerebralen Läsion getroffen seien, während im letzteren die Erkrankung sich viel weiter ausdehne, wodurch sämmtliche Fasern der einen Seite ausser Funktion gesetzt würden.

Halbey (Bendorf).

---

137) **Bäumler** (Freiburg): Ueber Lähmung des Musculus serratus anticus major nach Beobachtungen an einem Fall von multiplen atrophischen Lähmungen im Gefolge von Typhus abdominalis.

(D. Archiv f. klin. Medicin. XXV. Heft 4. u. 5. p. 305 ff.)

Der von B. beobachtete und ausführlich geschilderte Fall bot verschiedene bemerkenswerthe Eigenthümlichkeiten. Entgegen der neuerdings von Lewinski wieder aufgenommenen und theoretisch begründeten Duchenne'schen Ansicht dass bei isolirter Seratus-Lähmung das Schulterblatt bei ruhig herabhängendem Arm die normale Stellung behaupte, fand B. die von der Mehrzahl der Beobachter angegebene Abweichung: der mediale Rand befand sich bei nahezu mit der Wirbelsäule parallelem Verlauf der letzteren beträchtlich näher, der untere Winkel stand von der Brustwand ab und etwas höher als der der anderen Seite. Ganz abweichend aber von allen bisher publicirten Fällen zeigte sich, dass die Erhebung des Armes in der Frontalebene — und zwar ohne schleudernde Bewegung — *bis nahezu zur Verticalen* (145—150°) möglich war. Dabei *entfernte sich der untere Winkel der Scapula von der Wirbelsäule*, und mehr noch — wie in allen sonst beobachteten Fällen — von der Brustwand. B. schreibt die, allerdings unvollkommene Rotation der Scapula um eine sagittale Axe der Wirkung der mittleren und oberen Portion des Cucullaris zu, welche bis zu einem gewissen Grade compensatorisch für den Serratus eintreten können. Dazu kam eine excessiv starke Abduction im Schultergelenk durch die ungewöhnlich kräftige Contraction des Deltoideus, des Supra- und Infraspinatus. Letzterer besonders zeigte gegenüber dem gleichen Muskel der anderen Seite eine abnorm starke Entwicklung und sprang schon bei Erhebung bis zum Horizontalen, und noch stärker bei weiterer Erhebung in Gestalt eines grossen Wulstes vor. Durch diese Beobachtung wird die durch die Untersuchungen von Eugen Fick nachgewiesene bedeutende abducirende Wirkung des Infraspinatus zumal bei erhobenem Arm in klarer Weise illustrirt. (Bekanntlich hat schon R. Remak in seiner Galvanotherapie ausführlich dargelegt, dass eine Erhebung des Arms über die Horizontale auch ohne Drehung des Schulterblattes, wenn auch nicht bei allen Menschen, möglich, und hat demgemäss den Antheil des Serratus an der Erhebung des Arms beträchtlich eingeschränkt. Ref.) Entsprechend der relativ geringen Behinderung in der Bewegung war auch die Arbeitsfähigkeit des rechten Arms eine normale.

Sowohl die Lähmung des Serratus wie die der übrigen befallenen Muskeln war binnen 15 Monaten beseitigt, und sieht B. die Heilung als eine spontane an, da während einer zweimonatlichen galvanischen Behandlung keinerlei Besserung bemerklich war.

Die Lähmung betraf abgesehen von dem rechten Serratus noch sämmtliche vom n. radialis versorgten Muskeln am linken Vorderarm mit Ausnahme des m. supinater longus, und im ferneren Verlauf auch die vordere Partie des linken Deltoideus und den langen Kopf des rechten Triceps.

B. ist geneigt, die Lähmung für eine spinale also poliomyelitische zu halten, wobei nur das gleichzeitige Bestehen einer leichten

Analgesie und Parästhesie eines beschränkten vom linken n. radialis versorgten Hautgebietes — Daumen und Zeigefinger — eine gewisse Schwierigkeit verursacht.

Dehn (Hamburg).

---

831) **Albert Gross** (Frankfurt a. M.): Zur Casuistik des haematogenen Icterus.

(Berl. klin. Wochenschrift 1880. Nro. 13.)

Bei einem 64jährigen Patienten, seit früher Jugend, mit einer Struma lymphatica behaftet, traten seit 4 Jahren Erscheinungen von Compression d. Nerv. vagus auf. Ohne nachweisbare Vergrösserung und ohne Klappenfehler des Herzens stürmische, vollkommen unrythmische Herzthätigkeit. In letzter Zeit trophische Störungen der Herzmuskulatur und schwere Anfälle von Angina pectoris. Ohne Fiebererscheinungen traten hartnäckige dyspeptische Erscheinungen hinzu, mit gelbem Colorit der ganzen Haut, sowie der Conjunctiva bulbi. Der bisherige Diabetes insipidus lässt nach; Harn tief dunkel gefärbt. Faeces noch braun gefärbt. Urin aber enthielt keinerlei Gallenbestandtheile. Die abnorme Färbung des nach 18 Tagen noch stark sauren Urins rührte her von Urophaeïn, ein dem Bilirubin verwandter Körper. Die vermehrte Bildung von Bilirubin und die grosse Ausscheidung von Harnsäure fasst Verf. als Folge der alterirten Herzthätigkeit in Verbindung mit der sich steigernden Dyspnoë auf, indem die Veränderung des Stoffwechsels und der Blutbildung zur reichlicher Zersetzung von Haemoglobulin führte. Durch die reducirende Wirkung der Harnsäure ist das Bilirubin auf dem Wege seiner Secretion in Urophaeïn umgewandelt worden. Wie weit bei dieser pathologischen Farbstoffbildung die gestörte Vagusthätigkeit eine Rolle spielt, bleibt noch zu erforschen. Verf. warnt schliesslich, nachdem er die differenten Merkmale des haematogenen vom hepatogenen Icterus, hervorgehoben, davor jeden über Magenbeschwerden Klagenden und mit bräunlichem Teint oder sog. Leberflecken behafteten Patienten nach Carlsbad zu schicken, und führt einen derartigen Fall an, der dort sich verschlimmert und bei dem die genauere Untersuchung einen colossalen Milztumor entdeckte; die Faradisation der Milz nach Botkin, die kalten Douchen nach Mosler sowie zahlreiche Ergotininjectionen brachten eine etwa handbreite Verkleineruug des Organs zu Wege.

Goldstein (Aachen).

---

139) **B. von Anrep:** Die Ursache des Todes nach Vagusdurchschneidung bei Vögeln.

(Vorgetragen in der phys. med. Gesellschaft zu Würzburg, 1. Febr. 1879.)

140) **N. Wassiljew:** Zur Frage über den trophischen Einfluss der Nervi vagi auf den Herzmuskel.

(St. Petersb. med. Wochenschr. 1879, p. 81 und 165.)

1) Während Säugethiere nach doppelseitiger Vagusdurchschneidung an consecutiver Pneumonie sterben, (Traube, Friedländer, Frey) ist dies bei Vögeln nie der Fall, die Todesursache muss also eine andere sein. Einbrodt hatte schon 1859 wahr-

scheinlich gemacht, dass Vögel mit durchschnittenen Vagis an Inanition sterben. Eichhorst dagegen fand in neuester Zeit, dass der Tod nach beiderseitiger Vagusdurchschneidung bei Warmblütern lediglich durch Herzlähmung in Folge fettiger Degeneration der Herzmusculatur bedingt sei. Diese Verfettung sei zurückzuführen auf die in Folge der Vagusdurchschneidung eintretende Lähmung trophischer Fasern des Herzens. Insbesondere hält E. seine Ansicht für leicht beweisbar bei Vögeln. Anrep kam nun auf Grund seiner sehr sorgfältigen Untersuchungen an Tauben und Hühnern zu dem Resultat, *dass der Tod nach Vagusdurchschneiduug bei Vögeln durch Verhungerung dedingt wird, und dass die Herzverfettung eine Folge der Inanition ist.* Dieser Schluss ist auf folgende Beobachtungen gestützt. 1. Auch bei vollkommen gesunden nicht operirten Tauben findet man fettig degenerirte Fasern im Herzen. 2. Nach Vagusdurchschneidung nehmen die Tauben und Hühner selbst bei sorgfältigster Fütterung täglich an Gewicht ab. 3. Nach doppelseitiger Vagusdurchschneidung sterben gefütterte und hungernde Tauben fast zu gleicher Zeit. 4. Obgleich der Verlust an Körpergewicht nicht gleich ist, indem die hungernden operirten Tauben mehr verlieren, so fällt dies nicht ins Gewicht, indem sich nach dem Tode der Thiere bei den gefütterten eine der Differenz entsprechende Quantität Futter im Kropf vorfindet. 5. Nach dem Tode zeigt sich nicht nur das Herz verfettet, sondern auch die Leber, die quergestreiften Muskeln, Magen etc. 6. Die Herzverfettung ist in den meisten Fällen so gering, dass sie unmöglich als Todesursache angesehen werden kann. 7. Als weiterer Beweis der Inanition dient das häufige Erbrechen, der Umstand, dass alles Futter nur in den Kropf, nicht in den Magen gelangt; das Fehlen von Panniculus, welcher im normalen Zustand reichlich vertreten ist und die Reaction des Magensaftes, welche neutral, nie aber sauer ist.

2) Wassiljew kam in Betreff der Vagusdurchschneidung bei Vögeln zu gleicher Zeit wie Anrep und unabhängig von ihm *genau zu demselben Resultat wie er.*

Bei Kaninchen nahm W. Abstand von der Durchschneidung, weil dieselben zu rasch zu Grunde gehen, dagegen bediente er sich der circumscripten Entzündung der Vagi, durch Aetzung, unvollständige Durchschneidung etc. hervorgerufen, um einen etwaigen trophischen Einfluss derselben auf die Herzmuskulatur zu studiren. Einige Monate nach dem Insult fand er den Nerven an der gereizten Stelle verdickt, seinen peripheren Abschnitt verdünnt, degenerirt. Das Herz war im Umfange verkleinert, die Höhlen verhältnissmässig ausgedehnt, die Muskulatur blass, erwies sich unter dem Microscop als stark fettig degenerirt. Dabei ist der Cadaver recht gut ernährt. Verf. kommt daher zum Schluss, dass *ein irritativer Process in den Nervi vagi gerade ebenso atrophische Vorgänge im Herzmuskel hervorruft, wie verschiedenartige Verletzungen von Rückenmarksnerven Atrophie in den von letzteren innervirten willkürlichen Muskeln veranlassen.*

Buch (Ishewsk).

---

141) Krueg: Ueber die Behandlung schwerer Krampfformen durch Choralhydrat.

(Mittheilung des Vereins der Aerzte in Nieder-Oestreich, Jahrgang 1880 Nr. 7 u. 8.)

Die spärlichen Mittheilungen, welche bislang über diesen Gegenstand publicirt sind, verdanken wir Wallis, Testut, Bouchut, Lewis, und Knecht. Die Beobachtungen der vier erstgen nannten erstrecken sich auf die Wirkung des Choralhydrats bei klonischen Krämpfen, die des letzteren bei Tetanus. Sie zeigen alle, dass der Gebrauch des Cloralhydrats bei weitem den grössten Erfolg bei schweren Krampfformen aufzuweisen hat. Indessen ist dabei *weniger die prophylaktische Behandlung des epileptischen und epileptiformen Einzelanfalls berücksichtigt* worden als *vielmehr das Coupiren von Status epilepticus (état de mal) und von Zuständen gehäufter eklamptischer, paralytischer und tetaniformer Anfälle.*

Verf. hat nun die Beobachtungen der genannten Forscher über die *coupirende Wirkung* des Chloralhydrats nicht nur *bestätigen* können, sondern ist auch auf Grund von Experimenten, die er an künstlich epileptisch gemachten Meerschweinchen angestellt, sowie durch seine klinischen Erfahrungen bei epileptischen, paralytischen und urämischen Kranken zu der Ueberzeugung gelangt, *dass es in diesen Krankheitsformen bei rechtzeitiger Anwendung des Chloralhydrats sehr häufig gelingen wird, den Ausbruch der Anfälle zu verhüten.* Dazu gehört natürlich das Vorhandensein und die Kenntniss von Vorboten, ferner eine Form der Anwendung dieses Mittels, welche eine rasche und volle Wirkung desselben ermöglicht. Verf. hat daher stets die *subcutane Application* desselben am erfolgreichsten gesehen, und zwar ist es nicht nöthig, das Mittel direkt in eine Vene zu injiciren. Um Abscesse zu vermeiden, muss man eine Lösung von 1:10, höchstens 1 : 5, nehmen. Da mindestens 2 gramm zu einem prompten Effekt erforderlich sind, so muss man überdies die injicirende Quantität auf mehrere Stellen vertheilen. Es ist ausserdem praktisch, eine grössere als die gewöhnliche Pravaz'sche Spritze dabei zu benutzen. Verf. hat übrigens fast nie Abscesse bei seiner Methode entstehen sehen. Dass *diese prophylaktische Behandlungsmethode von Anfall zu Anfall der continuirlichen Darreichung des Chloralhydrats vorzuziehen* ist, versteht sich schon deshalb von selbst, weil man die Kranken bei jener nicht in einem beständigen Chloralrausch zu erhalten braucht. Am leichtesten ist die vorgeschlagene Behandlungsweise natürlich da anzuwenden, wo die Anfälle sich zu einer ganz regelmässigen Zeit einzustellen pflegen. Stets muss man aber die Vorsicht gebrauchen, das Mittel nicht zu früh zu injiciren, da der gewünschte Effekt nur etwa 3 St. anhält. In manchen Fällen ist diese Methode überhaupt die einzig anwendbare, da zu den Vorboten nicht selten Erbrechen gehört.

Reinhard (Dalldorf).

---

142) Krueg: Ueber Magenblutungen im Verlaufe der paralytischen Geistesstörung.

(Arch. f. Psychiatrie etc. Bd. X. Heft 3.)

Verf. hat bereits im Jahre 1876, gemeinschaftlich mit Obersteiner, über dieses Thema geschrieben. Seitdem hat nur Voisin in seiner Monographie der Paralyse das Vorkommen von Intestinalblutungen bei dieser Krankheit ganz kurz erwähnt. Das genannte Symptom findet sich indess nach Verf.'s Ansicht bei mehr als $2^1/_2$ p. Ct. aller Paralytiker. In dem einzigen hierher gehörigen Fall, welchen Verf. bislang zur Sektion bekam, fand er zahlreiche Erosionen und Geschwüre von runder Beschaffenheit in der Magen- nnd Darmschleimhaut. Man wird indess wohl nicht immer solche grobe anatomische Veränderungen erwarten dürfen. In der Mehrzahl der Fälle wird es sich wohl nur um blosse Rupturen von Schleimhautgefässen handeln, aus welcher nicht immer eine Erosion oder ein Geschwür zu entstehen braucht. Nach den Experimenten von Schiff, Ebstein und Brown-Séquard ruft einseitige Durchschneidung des Sehhügels, des Hirnschenkels, der Brücke und des verlängerten Markes Lähmung der vasomotorischen Nervenfasern des Magens, des Darmes und der Pleura (Ebstein) mit consecutiver Blutstauung in den entsprechenden Capillaren resp. Berstung derselben hervor. Die genannten Partien des Centralnervensystems können aber in der allgem. Paralyse schliesslich mit in den ganzen Krankheitsprocess hineingezogen werden, weshalb Verf. nicht abgeneigt ist, *das ursächliche Moment der Magenblutungen in der Miterkrankung dieser Theile zu suchen.* Als *veranlassendes Moment* scheint Verf. *die paralytischen Anfälle* mit ihrem heftigen Shok und den plötzlichen allgemeinen Blutdruckschwankungen anzusehen. Erleichtert wird eine gelegentliche Ruptur von Gefässen, weil es sich wahrscheinlich meist auch um gleichzeitige Degneration der Gefässwandung handeln wird. Analoge Vorgänge erblickt Verf. in der Entstehung des Decubitus und des Othämatoms bei Paralytikern. (Er hätte vielleicht noch das Blutschwitzen, welches Servaes bei einigen Paralytikern beobachtete, sowie die von Hasse mehrmals gefundenen Blutungen in die Mastdarmschleimhaut gelähmter Blödsinnigen aufführen können Ref.) Den Blutungen gingen machmal schon Tage lang gastrische Beschwerden voraus. Oft fand sich dabei ein schmerzhaftes Gefühl im Epigastrium. Verf. betont schlieslich, dasss nur wenige von seinen Kranken Chloral genommen haben, und noch dazu in sehr verdünnter Lösung.

Reinhard (Dalldorf).

---

143) Reinhard: Die Eigenwärme in der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren.

(Arch. f. Psych. Bd. X. Heft 2.)

In der Einleitung führt der Verf., nachdem er kurz die Wichtigkeit der Thermometerie bei Geisteskrankheiten hervorgehoben hat, die einschlägliche Literatur an, woraus ersichtlich ist, dass diejenigen Forscher, welche bisher pathologische Temperatursteigerungen

bei der Paralyse beobachtet haben, in ihren Erklärungsversuchen bedeutend von einander abweichen. Verf. führt nun die Krankengeschichten von 15 Fällen typischer Paralyse vor, bei deren jedem er während mehrerer Monate sorgfältig Wärme- Messungen vorgenommen und die verschiedenen Symptome in ihren Beziehungen zur Temperatur geprüft hat. Es ist ihm so gelungen höchst interessante Schlüsse zu erhalten und eine gewisse Klarheit in die cerebralen Vorgänge bei der Paralyse zu bringen. Seine Resultate lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen.

Die Körperwärme verhält sich in allen Fällen abweichend von der Norm, ist meist pathologisch erhöht. Leichte Temperaturerhöhungen ohne anderweitige Symptome treten sehr häufig auf; sie können wenige Stunden oder mehrere Tage andauern, stellen sich gegen Mittag und Abend ein; ihr Typus nähert sich sehr dem des hektischen Fiebers. Sie sind als der Ausdruck des Grundleidens anzusehen und weisen auf einen chronischentzündlichen Zustand des Centralorgans hin.

Bei den Fällen, die sich noch im Anfangs-Stadium befinden, kann die Temperatur monatelang normal sein, wenn zugleich sämmtliche anderen Symptome zurücktreten oder stille stehen. Bei schon bedeutend vorgeschrittener geistiger und körperlicher Schwäche kommen fast beständig, auch in relativ guten Zeiten, abendliche Steigerungen vor. Die Temperaturerhöhungen sind immer verbunden mit beschleunigtem Puls, mit fieberhafter Beschaffenheit von Harn und Blut; diese Merkmale beweisen die fieberhafte Natur des Temperaturganges.

Bei sorgfälltiger Beachtung konnten andere körperliche Krankheiten als Ursache des Fiebers ausgeschlossen werden, und betrachtet desshalb Verf. *das Fieber als Symptom der Paralyse. Die Erregung und das Delirium des Paralytikers fallen fast immer zusammen mit Temperatur-Erhöhungen* und nehmen zu mit dem Steigen derselben; doch geht die Temperatursteigerung immer einige Zeit, öfters 10—12 Stunden der Erregung voraus. Beide Symptome nehmen gemeinsam wieder ab, gegen Ende währt die Erregung etwas länger. In der Erwägung, dass auch bei anderen fieberhaften Krankheiten mit Delirium verbunden, Unruhe beobachtet wird, muss sie auch beim Paralytiker häufig als febriles Symptom angesehen werden. Beim Paralytiker tritt sie schon bei geringem Fieber hinzu, da wir es bei ihm mit einem resistenzloseren Organ zu thun haben.

Ganz flüchtige, leichte Erregungszustände können ohne merkliche Temperaturerhöhung bestehen.

Die apoplekti- und epilepti-formen Insulte sind immer mit Temperatursteigerung verbunden; die Beziehung der Temperatur zum Anfalle ist eine so auffallende, dass andere körperliche Störungen als Ursache ihrer Erhöhung bestimmt ausgeschlossen werden können. Es lässt sich stets 6—24 Stunden vor dem Anfalle ein Ansteigen der Temperatur constatiren, sie steigt noch mit dem Anfalle, ist der Heftigkeit des Anfalles entsprechend erhöht und sinkt wieder rasch nach dem Anfalle. Bei einer Cumulation von Einzelanfällen markirt jedesmal eine Temperatursteigerung den neuen Anfall. Auch

die vorübergehenden oder länger dauernden Paresen und Contrakturen sind gewöhnlich von Temperaturerhöhung begleitet, doch ist dieselbe nicht immer entschieden ausgeprägt.

Zu gleicher Zeit mit der allgemeinen Temperaturerhöhung machen sich auch lokale Steigerungen am Kopfe bemerklich, und können dieselben die Allgemeintemperatur um 1/2 Grad übertreffen. Verf. beobachtete sie vorzugsweise bei gleichzeitiger Erregung und bei den Anfällen; diese Messungen führte er in der regio mastoidea aus, hielt die Thermometerkugel mit einem schlechten Wärmeleiter bedekt und liess den Thermometer 25⁰ liegen.

Ferner fand Verf. halbseitige Differenzen der Temperatur bei den Paralytikern, die halbseitige motorische Differenzen zeigten, und zwar auf der Seite des Sitzes der Motilitätsstörung die höhere Temperatur; Die Differenz war um so grösser, je ausgesprochener und verbreiteter die Motilitätsstörung war, betrug einigemal 1⁰. Die mit den Anfällen und den sonstigen Motilitätsstörungen verbundenen Schwankungen und die Anfälle selbst, dann die Differenzen zwischen Kopf- und Körpertemperatur fasst Verf. als die Zeichen einer zum organischen Processe hinzugetretenen vasomotorischen Störung auf.

Den angeführten Temperaturverhältnissen ähnliche konnte V. bei keiner anderen Psychose finden, und glaubt er desshalb diese Temperaturcurven zur Differentialdiagnose und zur Prognose bei zweifelhaften Fällen verwerthen zu können.

(Referent hatte in der letzten Zeit einigemal Gelegenheit ähnliche Beobachtungen zu machen).

Stenger (Dalldorf).

---

144) **Dr. Scholz** (Bremen): Geisteskrankheit in Folge von Schlägen auf den Kopf? Gutachten.

(Eulenburg's Virteljahrschrift f. ger. Med. N. f. Bd. XXXI. j. 38.)

J. L. siebzehnjähriger Maurerlehrling betheiligte sich, in wahrscheinlich stark betrunkenem Zustand, an einer Schlägerei, wurde dabei von dem angeklagten S. zuerst an der Kehle gefasst, dann zweimal mit der Faust auf den Kopf geschlagen und schliesslich mit dem Kopf noch gegen einen Zaun geworfen. Die Zeugen-Aussagen lassen etwas unbestimmt, ob der Kopf wirklich überhaupt aufgeschlagen wurde;— jedenfalls scheint es nicht sehr wichtig gewesen zu sein. Nach dem Wortlaut der Zeugen halfen zwei Frauen dem Misshandelten vom Boden auf und begleiteten ihn noch eine Strecke; den Rest des Heimwegs ging L. allein;

Derselbe war etwas ängstlich, klagte aber sonst über gar nichts. Daheim fand ihn seine Mutter angetrunken und einsylbig, aber sonst normal. Nach tiefem Schlafe wachte L. um 9 Uhr auf, ass und trank, sprach aber immer noch wenig; er wusste nicht wie er nach Hause gekommen, woher er seine Schramme im Gesicht und seine etwa ein Markstück grosse Beule auf dem Kopfe habe.

Alles was er gesprochen sei vernünftig gewesen, kein Kopfweh, hingegen habe er sich gleich wieder in's Bett gelegt, sei dann um 4 Uhr aufgestanden, habe im Garten gegraben, am gemein-

schaftlichen Abendessen theilgenommen und sei um 9 Uhr wieder schlafen gegangen. An den beiden folgenden Tagen ging L. wieder zur Arbeit, die einzige Klage war Schlaflosigkeit, er sprach immer noch wenig aber „vernünftig". Ein Mitarbeiter bemerkte, dass er zuweilen „innerlich lachte", sonderbare Reden führte, aufgetragenes vergass und nachher behauptete es sei gemacht. Am zweiten Abend machte er seiner Mutter die Mittheilung, er werde nicht mehr zur Arbeit gehen, es sei zwar nichts Schlimmes vorgefallen, sie werde es aber schon erfahren, er ass wenig und ging früh zu Bette. Am andern Morgen gegen 6 Uhr aufgestanden ging er nicht zur Arbeit grub jedoch einige Zeit im Garten, trat dann zur Mutter in die Küche, schlug mit der Faust auf den Tisch und sagte er könne keine Gnade finden, zertrümmerte eine Fensterscheibe, irrte herum und wurde später im Garten mit dem Gesicht am Boden liegend aufgefunden; dabei gab er immer dieselben einsylbigen und dunkelen Antworten. Gleich darauf Ausbruch eines förmlichen Tobanfall's; dazwischen weint er heftig und sagt er habe nicht anders gekonnt, er habe so handeln müssen. In der Nacht auf Schlafpulver hin etwas Besserung, die sich steigert in den folgenden 24 Stunden; dabei aber doch immer noch eine gewisse Erregung, mangelnder Schlaf; er äusserte er könne keine Aufregung vertragen, er habe vorn im Kopfe ein Gefühl als habe er eine Hirnerschütterung gehabt und ein feines Gehör und Sausen in den Ohren.

Am gleichen Tag noch musste er wegen sich wieder steigernder Aufregung in die Irrenanstallt verbracht werden. — Soweit der Thatbestand bis zum Ausbruch der Störung, den wir absichtlich etwas weitläufig mitgetheilt haben, weil sich hier der Verfasser in verschiedenen Widersprüchen befindet mit den ebenfalls begutachtenden Gerichtsärzten, (cfr. Centralbl. 1880 N. V, Gutachten von Dr. Hotzen, Ref.)

Ueber die Krankengeschichte aus der Anstalt ist wenig zu sagen. Es wurde dort constatirt, dass die Mutter des Kranken vor 15 J. an Melancholie gelitten. Weitere erbl. Anlage fehlt. Ausser träger Reaction der kaum erweiterten Pupillen ergab die Untersuchung kein objectives Ergebniss.

Nach cr. 10 tägiger Dauer der Tollheit allmähliger Uebergang in ein mehr deprimirtes, ängstliches Verhalten mit raschem Stimmungswechsel, wobei oft unmotivirtes Lachen; Intellect benommen, schwerfälliges Denken, Stirndruck, Arbeitscheu; jede genauere Untersuchung seines psychischen Zustandes scheitert an der Apathie des Kranken. —

Das sich an diese Daten anschliessende Gutachten soll nun die richterliche Frage beantworten: „ob der Maurerlehrling L. in Folge der Misshandlung des Beschuldigten in Geistesstörung verfallen sei."

Verf. stellt sich nun selbst zwei Vorfragen zur Beantwortung auf:

1. Ist. J. L. geisteskrank?

2. Was ist event. als Ursache der Geisteskrankheit anzusehen?

Die erstere Frage bedarf wohl kaum einer Beantwortung — die Psychose ist unzweifelhaft.

In Bezug auf die zweite Frage macht Verf. zuerst darauf aufmerksam, dass fast niemals eine Geisteskrankheit aus einer einzigen Ursache entstehe sondern dass jene meist „als das gemeinsame Product sämmtlicher bisheriger Lebenszustände erscheine." Es lehre uns allerdings die Erfahrung, dass gewisse Einzelursachen, z. B. Trunksucht, Lues, Epilepsie, Traumen etc. von Psychosen gefolgt sein können. Um hier aber das einfache post hoc, ergo propter hoc auszuschliessen, sondern nur einen wirklichen Zusammenhang gelten zu lassen, müsse man auf durchaus clinischem Wege zu ermitteln suchen, ob die beobachteten Symptome der folgenden Erkrankung auch wirklich dem klinisch festgestellten Bilde der betreffenden aetiologischen Krankheitsgruppe entsprechen.

Davon ausgehend prüft nun Verf. in sehr guter Weise die aetiologische Frage in Bezug auf folgende Momente:

1. Die erbl. Disposition.
2. Das Pubertätsalter.
3. Der trunkfällige Excess.
4. Die körperl. Misshandlungen u. zwar. wirkend entweder durch Gehirnerschütterung, oder auf psychischem Wege durch Schreck.

ad. 1. Wollen wir hier nur als sehr interessant erwähnen, dass nach dem Anstalts-Journal die Krankheit der Mutter (vor 15 Jahren) vollständig denselben Character hatte — (nach Aerger plötzl. Ausbruch einer Melancholie mit zeitweisen Aufregungen; dann Beruhigung, benommenes Nachstadium mit grundlosem Lachen etc. — ganz wie es der Sohn hat.) —

Die Bemerkung über den möglichen aetiolog. Werth von Pubertät und Betrunkenheit können wir hier übergehen. Dann durchgeht Verf. den Fall in Bezug auf die körperl. Misshandlung und stellt folgende Gruppen auf:

1. Das primäre traumatische Irresein.
2. Das secundäre traumatische Irresein.

Nachdem Verf. betont, dass der Geistesstörung nach Kopfverletzungen immer Symptome der Gehirnerschütterung vorausgehe, bestreitet nun an der Hand der Zeugenaussagen, dass hier überhaupt eine Gehirnerschütterung statt gehabt hatte; höchstens könnte die in den folg. Tagen bestehende Hyperästhesie des Acusticus als Symptom einer Hirnerschütterung angesprochen werden. Beim vollständigen Mangel jedes anderen Symptoms kann man aber dafür sehr leicht einfachen Congestivzustand des Gehirns, wie er oft bei Psychosen vorkommt, annehmen.

Nach Ausschluss der traumatischen Entsehungsursache giebt Verf. nun zum Schluss noch seiner Ueberzeugung Raum, dass die Psychose, schon längst vorbereitet, namentlich durch den Excess in Alcohol zum manifesten Ausbruch gekommen sei.

Verf. schliesst sein Gutachten ab mit den Sätzen:

1) J. L. leidet an einer acuten Geistesstörung.

2) Es ist nicht erwiesen, dass derselbe in Folge der Misshandlungen des Beschuldigten in Geistesstörung verfallen ist.

Sury-Bienz (Basel).

III. Verschiedene Mittheilungen.

145) **Siemens Electrotherapeut.** Herr Dr. Siemens theilt uns mit, dass bereits eine gerichtliche Untersuchung wider das Schwindelunternehmen beim Staatsanwalt beantragt ist. „Der Schriftsetzer A. Siemens *ist kein Mitglied unserer Familie und* schreibt seinen Namen wahrscheinlich richtiger Siemers. Der Compilator des Apparats ist der als Mitinhaber der Firma eingetragene Schlosser Reinhardt, Verfertiger von electrischen Klingelzügen etc. — Ein deutsches Reichspatent ist den „Fabrikanten" abgeschlagen, es scheint als ob sie *Musterschutz* angewendet. Da Musterschutz nur auf die Form (Schönheit) ertheilt wird, so liegt schon in der Aufschrift des dem Apparat beigelegten Circulars „*im deutschen Reich geschützt*" ein Schwindel."

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 2) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 3) Eichberg (Rheingau), III. Hülfsarzt, sogleich, 900 M., fr. Station. 4) Halle a. Saale, I. psychiatr. Klinik a) Volontärarzt, 600—1200 M. fr. Station, b) Assistenzarzt. II. provinc. Anstalt, Assistenzarzt. 5) Grafenberg (Düsseldorf), a) Assistenzarzt 900 M., freie Station. b) Volontairarzt 600 M. freie Station. 6) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 1. August; 2000 M.; fr. Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 7) Allenberg (Ostpreussen) Assistenzarzt 1200 M. bei freier Station. 8) Eberswalde, Erster Assistenzarzt, 1. Juli, M. 1500, fr. Stat. 9) Schleswig, Irrenanstalt, Director 6500 Mark, Wohnung und Garten, für Feuerung 270 M. 10) Hildburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei freier Station. 11) St. Urban (Canton Luzern), II. Arzt und stellvertr. Director 3000—3500 Mark, 12. Prrovinc.-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., freie Station. 13) Bezirks-Irrenanstalt Saargemünd, Assistenzarzt 1200 M., freie Station. Eintritt April oder Mai. 14) Friedrichsberg bei Hamburg, Assistenzarzt. Meldungen an den Oberarzt Dr Reye. 15) Marsberg, Volontairarzt, katholischer Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 16) Ueckermünde in Pommern, Assistenzarzt, 1000 Mark und freie Station. 17) Görlitz (Privat-Irrenanstalt des Dr. Kahlbaum), Assistenzarzt, 1. Juli. 18) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, sofort, 900 M., fr. Stat. 19) Hofheim (Hessen), II. Assistenzarzt, 1600 M. freie Station. 1. Juli. 20) Pirna (Privat-Irrenanstalt des Dr. Lehmann) Assistenzarzt 1. Juni 120 M. per Monat fr. Station — 21) Die Kreisphysicate: Adenau (Coblenz), Ahrensburg (Schleswig) Bochum (Bochum), Bublitz (Cöslin), Erkelenz (Aachen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Landshut (Liegnitz), Mansfelder Landkreis (Eisleben), Mogilno (Bromberg), Osterburg (Magdeburg), Osterode (Königsberg), Sensburg (Gumbinnen), Stuhm (Marienwerder), Wehlau (Königsberg), Wengrowitz (Bromberg), Wollstein (Breslau).

Besetzte Stellen. Schweizerhof, 3. Arzt Herr Dr. Dörrenberg aus Soest. Eberswalde, 1. Assistenzarzt Dr. Victor vom Landeshospital in Hofheim (Hessen).

Ernannt. Dr. Grisar in Adenau zum Stadtphysikus in Trier. Dr. Moors in Essen zum Kreisphysikus in Hagen, Kreisphysikus Dr. Hoogeweg in Landshut zum Regierungs- und Medicinalrath zu Münster in Westphalen.

Ehrenbezeugungen. Sanitätsrath Dr. Plätschke, Kreisphysikus in Sprottau erhielt den rothen Adler-Orden IV.; Sanitätsrath Dr. Snadicani, Kreisphysikus in Schleswig wurde zum Geheimen Sanitätsrath ernannt.

Fünfte Wanderversammlung
der
südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte
am 5. und 6. Juni in Baden-Baden.

Verzeichniss der bis jetzt angekündigten Vorträge.

1. Prof. Dr. Bäumler (Freiburg): Ueber einen eigenthümlichen Einfluss von Gehirnkrankheiten auf den Verlauf der Lungenphthise.
2. Hofrath Prof. Dr. v. Rinecker (Würzburg): Ueber Mikrocephalie vom psychiatrischen Standpunkte aus.
3. Ch. Roller (Strassburg): Ueber das hintere Längsbündel der Oblongata.
4. Dr. Kirn (Freiburg): Ueber Seelenstörung in Gefangenschaft.
5. Prof. Dr. Goltz (Strassburg): Zur Physiologie des Gehirns.
6. Prof. Dr. Schultze (Heidelberg):
   a) Ueber eigenthümliche Entwicklungsanomalien des Rückenmarks und die neuropathische Disposition.
   b) Zur Casuistik der Kleinhirnschenkelerkrankungen.
7. Prof. Dr. Hitzig (Halle): Einige Bemerkungen über Alt-Scherbitz.
8. Dr. Rumpf (Düsseldorf): Ueber Reflexe.
9. Geh. Rath Prof. Dr. Kussmaul und Dr. Meyer (Strassburg): Ein Fall von multiplen Gliomen in der Cerebrospinalaxe unterhalb der Grosshirnschenkel.
10. Geh. Rath Prof. Dr. Leyden (Berlin): Ueber syphilitische Affection des Rückenmarks.
11. Prof. Dr. Jolly (Strassburg): Ueber Fettembolie bei aufgeregten Geisteskrankheiten.
12. Dr. Bumm (München): Ueber die Vertheilung des Sehnerven in der Kaninchennetzhaut.
13. Dr. Heiligenthal und Dr. Frey (Baden): Experimentelle Studien über die Wirkung der heissen Luft- und Dampfbäder.
14. Prof. Dr. Wille (Basel): Ueber Zwangsvorstellungen.
15. Director Dr. Freusberg (Saargemünd): Ueber Coordinationsstörungen.
16. Dr. Ganser (München): Ueber die Anatomie der obern Hügel des corpus quadrigeminum.
17. Dr. Fischer (Pforzheim): Ueber die diagnostische Verwerthung der electrischen Erregbarkeit bei Dementia paralytica.
18. Geh. Hofr. Dr. v. Renz (Wildbad): Thema noch unbestimmt.

Erklärung.

„Seit einiger Zeit wird in öffentlichen Blättern unter dem Namen **„Siemens Elektro-Therapeut“** von einer Firma Siemens & Comp., Markgrafenstrasse Nro. 35, ein Heilapparat angepriesen. Da der Name SIEMENS, die Lage des Geschäfts-Locales in der Markgrafenstrasse und die geschickt combinirten Reklamen den wahrscheinlich beabsichtigten Erfolg gehabt haben, im Publikum die Meinung zu verbreiten, ich oder die Firma SIEMENS & HALSKE in Berlin und Gebrüder SIEMENS & Comp. in Charlottenburg wären an der Sache betheiligt, so sehe ich mich zu der Erklärung veranlasst, dass mir weder der Schriftsetzer A. SIEMENS, noch der Schlosser REINHARDT, welche nach dem Handelsregister die Firma SIEMENS & Comp. bilden, noch endlich ein Herr LÖVINSOHN, welcher hinter ihnen stehen soll, bekannt sind, und dass ich selbstverständlich nicht das Geringste mit der Firma SIEMENS & Comp. und ihrem Machwerk zu thun habe.

BERLIN, den 5. Mai 1880.

Dr. Werner Siemens.

V. Anzeigen.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. 15. Juni 1880. Nro. 12.

INHALT.

I. Originalien.

I.

Zur Galvanometerfrage.

Von Dr. ERNST REMAK,
Privatdocent in Berlin.

Der unter demselben Titel in Nro. 9 dieses Jahrganges auch von Bernhardt reproducirte Vorschlag de Watteville's und v. Hesse's, die zu elektrotherapeutischen Zwecken verwendeten Galvanometer nach „Milliwebern" zu graduiren, veranlasst mich zu folgenden Bemerkungen.

Zunächst habe ich*) bereits vor de Watteville gezeigt, dass man leicht die den Nadelausschlägen der Verticalgalvanometer entsprechenden absoluten Stromstärken nach der nun auch von Bernhardt adoptirten Methode der Einschaltung bekannter Rheostatwiderstände in den Schliessungsbogen von Elementen bekannter Leistungsfähigkeit durch Rechnung bestimmen, und so eine exacte Vorstellung über die Dosirung des galvanischen Stromes gewinnen kann, indem ich für ein von Erb angegebenes Galvanometer, welches je nach der beliebigen Einschaltung von multiplicirenden Drahtlängen von 50 oder 100 oder 150 oder 200 Siemens'schen Widerstandseinheiten (S. E.) durch eine abstufbare Empfindlichkeit der Multiplication ausgezeichnet ist, die den einzelnen Kreisgradausschlägen entsprechenden absoluten Stromstärken tabellarisch bekannt gab. Nur ist die von mir berechnete absolute Stromstärke (J.) nach den Principien der *deutschen* Physik allemal ein Decimalbruch, nämlich der Quotient der nach elektromotorischen Einheiten (1 E. ist die Elektricitätsmenge, welche dei dem Gesammtwiderstande von 1 S. E. einen Cubikcentimeter Wasser in der Minute zersetzt) gemessenen elektromotorischen Kraft der Elemente durch den in S. E. ausgedrückten Gesammtwiderstand. Abgesehen von der Geschmacklosigkeit des Ausdruckes „Milliweber" vermag ich nicht einzusehen, weshalb v. Hesse und Bernhardt anscheinend lediglich wegen der *ausländischen* Empfehlung durch Einführung eines auf fremden Einheiten der elektromotorischen Kraft und des Widerstandes („Volt und Ohm") basirenden Messsystems in die Elektrotherapie dieselbe dem kaum erst sicher gewonnenen vaterländischen physikalischen Boden entfremden, und die ohnedies mathematischen Erörterungen meist schwer zugänglichen Begriffe der Aerzte verwirren wollen. Uebrigens beziffert sich ja mit den von Bernhardt für statthaft gehaltenen Correcturen die absolute Stromstärke eines Milliwebers (Mw.) auf $\frac{12 \text{ E}}{1000 \text{ S. E.}} = 0{,}012$ J., so dass allezeit im Bedürfnissfalle mit Leichtigkeit durch Divison mit dieser Zahl oder durch Multiplication mit $\frac{1000}{12} = 83{,}3\ldots$ unsere absolute Stromstärke in Mw. umgerechnet werden kann. Wenn aber ein Bedürfniss nach einer

*) E. Remak, Ueber modificirende Wirkungen galvanischer Ströme auf die Erregbarkeit motorischer Nerven des lebenden Menschen. Deutsches Archiv für klin. Med. XVIII. Bd. S. 277—280. 1876.

besonderen elektrotherapeutischen Stromstärkeneinheit vorliegen sollte, so könnte man bei der Willkürlichkeit jeder Messeinheit wenigstens in Anlehnung an uns vertraute physikalische Begriffe mit Rücksicht auf den in der That sehr hohen Werth von 1 J. den hundertsten Theil desselben, 0,01 J. als elektrotherapeutische Messeinheit wählen. Dieselbe würde sich zu 1 Mw. wie 0,83 . . : 1,0 verhalten.

In Betreff der empfohlenen empirischen Graduirung jedes beliebigen Galvanoscop's nach Mw. ist weder von v. Hesse noch von Bernhardt erwähnt worden, dass de Watteville lediglich Horizontalgalvanometer zu dieser Graduirung empfiehlt und ihre Scala abbildet, während bei uns allgemein aus praktischen Gründen Verticalgalvanometer gebräuchlich sind, bei welchen die Nadelausschläge durch die Mitwirkung der Schwere in ganz anderem Verhältnisse zunehmen. Ferner ist mir ganz unverständlich geblieben, warum Bernhardt behufs der empirischen Graduirung erst umständliche Rechenoperationen vornimmt und den Collegen empfiehlt, während es auf der Hand liegt, dass mit Leichtigkeit der nöthige Gesammtwiderstand von 1000 S. E. stets dadurch hergestellt werden kann, dass nur so viel weniger Rheostatwiderstände eingeschaltet werden, als die Summe der Widerstände der Elemente und des Galvanometers beträgt. Wenn also z. B. 10 Mw. am Galvanometer abgemessen werden sollen, so sind bei dem Widerstande der zu verwendenden 10 Siemens'schen Elemente von 10. 5 = 50. S. E. und einem Galvanometerwiderstand von 50 S. E. nur noch 900 S. E. im Rheostat anzubringen. Da, wie ich bereits a. a. O. mit Zahlen belegt habe, die absolute Stromstärke bei einer Steigerung der Elementenzahl in arithmetischer Progression mit derselben wächst, so kann der jeder beliebigen Anzahl von Mw. entsprechende Nadelausschlag durch Einschaltung derselben Elementenzahl und Anbringung eines Gesammtwiderstandes (Elemente + Galvanometer + Rheostat) von 1000 S. E. bei Vernachlässigung der übrigen geringen Widerstände der Leitung leicht ermittelt werden. Für das von mir soeben vorgeschlagene absolute Messsystem wäre die Graduirungsmethode dieselbe, mit dem Unterschiede, dass der Gesammtwiderstand allemal 1200 S, E. betragen müsste.

Wenn Bernhardt noch auf einen zweiten besonders bei unsern Verticalgalvanometern in Betracht kommenden Punkt, nämlich auf die Ungleichwerthigkeit der Nadelausschläge nach beiden Seiten, die Aufmerksamkeit lenken zu müssen glaubt, so ist auch dieser bereits von mir*) genügend hervorgehoben worden.

In Betreff des praktischen Werthes eines absoluten Messsystems für die Elektrotherapie ist zu berücksichtigen, dass, je grösser der einer zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken verwendeten Stromstärke entsprechende Nadelausschlag ist, es um so länger dauert, bis die Galvanometernadel zur Ruhe kommt, und um so ungenauer die Messung wird, wie auch aus Bernhardt's Erörterungen hervorgeht. Da aber sowohl in der Elektrodiagnostik als in der Elektrotherapie zu verschiedenen Zwecken sehr verschiedene Differenzen

*) a. a. O. S. 280.

der Stromstärke in Betracht kommen, z. B. sehr viel geringere bei der Untersuchung der Acusticusformel bei Hyperästhesie desselben oder zur Behandlung des nervösen Ohrensaussens als bei der Erregbarkeitsuntersuchung und Behandleng gelähmter motorischer Nerven, so hat Erb in dem von mir genauer erprobten und beschriebenen Galvanometer zur Befriedigung dieser verschiedenen Anforderungen durch die Möglichkeit der Einschaltung einer vierfach verschiedenen Multiplication gewissermassen vier Galvanometer verschiedener Empfindlichkeit zur Verfügung gestellt. Niemand welcher sich eines derartigen gut gearbeiteten Apparates, wie er von W. A. Hirschmann geliefert wird, zu eingehenden diagnostischen und therapeutischen Untersuchungen bedient hat, wird seine bedeutenden Vortheile zu Gunsten eines absoluten Messsystems verscherzen wollen. Um eine Vorstellung von seiner Wirksamkeit zu geben, habe ich in der folgenden Tabelle auf Grund methodischer Bestimmungen nach der soeben entwickelten Methode die den einzelnen Milliwebern zukommenden den im Kopf der Tabelle angegebenen Galvanometerwiderständen entsprechenden Kreisgradnadelausschläge (nach rechts) zusammengestellt.

	50 S. E.	100 S. E.	150 S. E.	200 S. E.
1 Mw.	1°	1,5°	2°	3°
2 „	2°	3,5°	4,5°	6°
3 „	3°	5°	7°	8°
4 „	3,5°	6,5°	8°	10°
5 „	4°	7,5°	12°	15°
6 „	4,5°	10°	16°	20°
7 „	5,5°	14°	19°	22,5°
8 „	7,5°	17°	21,5°	25°
9 „	9°	20°	24°	27°
10 „	10°	22,5°	25°	28°
11 „	10,5°	23°	26°	28,5°
12 „	12°	24°	27°	29°
13 „	14°	25°	27,5°	30°
14 „	15°	26°	29°	31°
15 „	17°	27°	30°	32°
20 „	22,5°	30°	34°	37°
30 „	24°	32°	35°	37,5°

Ein Blick auf diese Tabelle, welche mit Siemens'schen Elementen einer vielgebrauchten Batterie bestimmt wurde, also gewiss nur eine annähernde Genauigkeit beansprucht, zeigt, dass z. B. für die Stromstärke von 5 Mw. nach Belieben 4 oder 7,5 oder 12 oder 15 Kreisgrade zur Messung zur Verfügung stehen, und dass mit geringen durch die zahlreichen sonstigen auch von Bernhardt hervorgehobenen Fehlerquellen leicht erklärbaren Abweichungen die Nadelausschläge innerhalb der ersten 20° ziemlich proportional den Stromstärken wachsen, wie ich dies schon früher a. a. O. ausgeführt hatte.

Wenn es also auch ganz nützlich sein mag, dass der Besitzer eines gut gearbeiteten Galvanometers nach der vorgeschlagenen Methode sich ein Urtheil über die Empfindlichkeit seines Instrumentes nach Gefallen nach Milliwebern oder nach einem andern Messsystem bildet, so ist doch ein Galvanometer mit abstufbarer Empfindlichkeit dem absoluten Messsystem praktisch bei weitem vorzuziehen. Bei dem Gebrauch eines derartigen Galvanometers mit verschiedenen Einstellungen ist immer diejenige zu benutzen, bei welcher man mit Nadelausschlägen bis zu etwa 20 Kreisgraden aufwärts auskommt. Die Eintragung der absoluten elektrischen Masse in gewöhnliche Verticalgalvanoscope dürfte für mehr als 20 Kreisgrade erfordernde Stromstärken bei der Ungenauigkeit derselben, die auch aus Bernhardt's Angaben hervorgeht, und durch meine Tabelle erhärtet wird, ziemlich werthlos, für geringere Stromstärken überflüssig sein und bei dem praktischen Bedürfniss nach einer abstufbaren Empfindlichkeit des Galvanometers, damit man mit bequemen Nadelausschlägen opeperirt, überhaupt zwecklos sein.

Die Aufstellung einer der gegebenen analogen Tabelle wird dem praktischen Bedürfnisse nach absoluten Messungen völlig genügen.*)

II.
Bemerkungen zu obigem Aufsatze.

Von Dr. BERNHARDT in Berlin.

In der von Remak gleich zu Anfang erwähnten, von ihm verfassten Arbeit (Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. 18. Seite 264) steht auf Seite 277 Folgendes: „bei Verwendung eines gleich“ „dicken Drahts und gleicher Windungszahl würde die Feststellung“ „der verwendeten Widerstände des Multiplicatordrahts ideell es“ „ermöglichen, eine Art Normalgalvanometer für elektrodiagnostische“ „und elektrotherapeutische Zwecke herzustellen, bei welchem also“ „das bereits oben *angedeutete Desiderat der Dosirung der Strom-*“ „*stärke* auch bei verschiedenen Instrumenten und für verschiedene“ „Beobachter erfüllt **würde**, *wenn nicht* bei jedem einzelnen Appa-“ „rate die Magnetisirung und die statischen Momente der Magnet-“ „nadel *verschieden* ausfielen und *desshalb* die *Wirksamkeit jedes*“ „**einzelnen** *Galvanometers* durch Einschaltung *bekannter* Widerstände“ „bei *bekannter* elektromotorischer Kraft *erprobt* werden müsste.“ Soweit R. selbst.

Wenn nun den Collegen künftig ein Galvanometer geliefert werden kann, welches ohne Vorbereitung jeder beliebigen Batterie eingeschaltet werden und ohne Weiteres durch den ablesbaren Nadelausschlag über die zur Erreichung eines bestimmten Zweckes für die Diagnose oder die Therapie nöthigen Stromstärken Auskunft giebt, so sehe ich nicht ein, wesshalb eine derartige Vorrichtung nicht empfohlen zu werden verdient. Haben wir von den Franzosen das Grammgewicht und Metersystem angenommen, ist das Thermo-

*) Von vorstehender Arbeit haben wir, um Weitläufigkeiten zu verhüten, Herrn Dr. BERNHARDT in Berlin Kenntniss gegeben. Er hat nachstehend abgedruckte Erwiderung eingesandt, womit die Angelegenheit erledigt sein wird. Die Red.

meter des Schweden **Celsius** fast überall für wissenschaftliche Forschungen verwerthet, haben wir durch die Italiener galvanische, voltaische Säule, damit den constanten Strom, von dem Engländer **Faraday** den Inductionsstrom adoptirt, so hoffe ich auch, dass der Vorwurf des mangelhaften Patriotismus mich nicht zu stark trifft, wenn ich das Wort und den Begriff „Milliweber“ andern, die sich mit der praktischen Anwendung der Elektricität beschäftigen, bekannter zu machen versucht habe. Mag sein, dass das Wort Milliweber, wie R. sagt, geschmacklos ist: das trifft das Wesen der Sache gar nicht. Wenn, wie ich zu zeigen versucht habe, die **Ohm**'sche Einheit der Engländer für den *praktischen* Mediciner und seine Bedürfnisse dasselbe ist, wie die uns bekannnte **Siemens**'sche, so wird der Begriff „Weber“ d. h. die Stromstärke eines **Daniel**'schen Elementes, dividirt durch die (**Siemens**'sche, **Ohm**'sche) Widerstandseinheit kein dem deutschen Arzt ganz unbekannter. Da diese Stromstärke $\frac{1 \text{ Dan.}}{1 \text{ Siem.}}$ für medicinische Zwecke zu gross wäre, so soll man den tausendsten Theil dieses Werthes (Milliweber) als Einheit annehmen: Das ist die ganze Forderung die das *Ausland* an uns stellt. — Ob es dem praktischen Arzt lieber ist, die von ihm verwendete Stromstärke in Brüchen ausgedrückt zu sehen, resp. sich auszurechnen (vgl. R. l. c. pag. 278 u. 279 *0,03173*, *0,00532* etc.) oder sie als ganze Zahlen, freilich mit dem schlimmen Worte Milliweber verknüpft, seinem Verständniss nahe gebracht zu sehen, überlasse ich andern zu entscheiden. Wenn R. mir es zum Vorwurf macht, dass ich den nöthigen Gesammtwiderstand von 1000 S. E. nicht dadurch hergestellt habe, dass ich um so viel weniger Rheostatwiderstände einschalte, als die Summe der Widerstände der Elemente und des Galvanometers beträgt, so hat das einfach darin seinen Grund, dass die gebräuchlichen Rheostaten in Zehnern und Hunderten fortschreiten und z. B. bei 7 Mw. 7.5 = 35 S. E. + 50 S. E. (Widerstand des Galvanometers) also 85 S. E. (ungerade Zahlen) von 1000 abgezogen werden müssten. Uebrigens ist meine Rechnung kaum viel umständlicher, als die von R. vorgeschlagene: nöthig ist sie für diejenigen, welche sich ein empirisch hergestelltes, sogenanntes absolutes Galvanometer anschaffen wollen, überhaupt nicht, und für diejenigen, welche sich für ihre eignen Galvanometer die (Milliweber) Rechnung machen wollen, ist sie wohl kaum so schwierig *„um die nach R. für mathematische Erörterungen meist schwer zu-“* *„gänglichen Begriffe der Aerzte zu verwirren“*.

Es liegt mir fern, den Fortschritt zu verkennen, den **Erb** durch sein Galvanometer der exakten Untersuchungsmethode gebracht hat: andrerseits kann ich es aber auch nicht für überflüssig oder gar nachtheilig erachten, wenn ich bei etwaiger allgemeiner Adoptirung der Milliwebertheilung in den Berichten der Autoren fremder Länder Werthangaben von Stromstärken finde, welche ich im Stande bin, sofort meinem Verständniss und meiner Beurtheilung nahe zu bringen, ohne dass ich von der Zusammensetzung der Batterie des betreffenden Schriftstellers, von der Art und Beschaffenheit

seiner Elemente Kenntniss zu haben oder mich irgend einer Rechnung zu unterziehen brauche. —

Insofern ich durch meine Mittheilung in Nro. 9 dieser Zeitschrift von d. J. nichts weiter bezweckt habe, als eine Ansicht resp. Erfahrung fremder, in Deutschland weniger bekannter Autoren den inländischen Collegen mitzutheilen, (eine auch von College v. Hesse in Nro. 23, Jahrgang 1879 dieser Zeitschrift verfolgte Absicht) und mir zur Zeit, abgesehen davon, dass ich die Zweckmässigkeit der neuen Vorschläge im Princip anerkenne, keine weiteren Erfahrungen zu Gebote stehen, so verzichte ich vorläufig auf noch längere Auseinandersetzungen oder weitere Repliken. —

Berlin, Ende Mai 1880.

II. Referate.

146) **E. Aufrecht:** Anatomische Untersuchung einer primären Seitenstrangsclerose.

(Deutsche medic. Wochenschrift Nro. 18. 1880.)

Die unverehelichte M. F. erblich nicht belastet, bisher gesund, musste wegen zeitweiliger heftiger Schmerzen im Kreuz und den Füssen Ende 1878 das Bett hüten. Ende Dezember Fiebererscheinungen mit beginnendem Schüttelfrost und Steifheit der Glieder namentlich der Beine, worin heftige ziehende Schmerzen. Am 10.Jan. 79 ins Magdeburger Krankenhaus aufgenommen: Parese des rechten Beins, das beim Gehen nachschleppt; das linke Bein ohne Störung. Keine Veränderung der Sensibität, des Muskelgefühls, keine atactischen Erscheinungen, keine Atrophieen. Patellarreflexe rechts stärker wie links, galvan. Erregbarkeit gleich, die faradische rechts etwäs erhöht. Obere Extremitäten, Blase, Mastdarm, Lungen, Herz, Verdauung, Urin, Temperatur und Puls normal. Pat. klagt nur über Kreuzschmerzen, Schwäche des rechten Beins, reissende Schmerzen in den Beinen und über Schlaflosigkeit. Ein Zweimarkstückgrosses Geschwür mit harten Rändern (Cancroid?) wird am 15. Januar vom Kopf exstirpirt. Bis zum April langsam fortschreitende Lähmung beider Beine bis zu vollkommener Paralyse mit Contracturen in den Knieen, bei normaler Sensibilität, leise Schwäche der Arme. Beide electrische Erregbarkeiten sind herabgesetzt an den Beinen, an den Armen normal. „Zeitweise gehen Stuhlgang und Urin von selbst ab". Im Mai vollständige Lähmung der Sphincteren, starker Decubitus am Kreuz, Contracturen in den Knieen. Patellarreflexe erloschen, Tod ohne Gehirnstörungen, Section am 21. Mai, 19 Stunden post mortem:

Die Dura des Rückenmarks ist blass und leicht mit der anämischen Pia verwachsen, der Lendentheil des Rückenmarks auffallend dünn, auf seinem Durchschnitt sind die hinteren Seitenstränge in Form eines mit der Basis nach aussen gerichteten Keils hyalin grau. Dieser nimmt nach oben hin ab, so dass im oberen Rückentheil beiderseits am Rande nur zwei hyalin graue Halbmonde vorhanden sind, von denen im Halstheil nur noch der linke Seiten-

strang eine ganz schmale Sichel zeigt. In den Vordersträngen einzelne feine graue Streifen, die graue Substanz dagegen ist normal. Im Gehirn Blässe aller Theile, an der Innenfläche der Dura dünne fibrinös-hämorrhagische Membranen, in den Ventrikeln reichlich seröse Flüssigkeit. Die anderen Organe sind unwesentlich alterirt, die Muskeln, namentlich der Waden und des Rückens dünn und blass, trotz fehlender Todtenstarre ist die rechtwinkelische Contractur in den Knieen nicht zu beseitigen; die n. ischiadici auffallend dünn.

Die mikroscopische Untersuchung des in bichromsaurem Kali erhärteten Rückenmarks ergab: Im Halstheil nur eine diffuse gelbliche Färbung der Ganglienzellen mit Pigmenthaufen. Der Rückentheil, stark brüchig, zeigt an einzelnen Schnitten in den grauen Vorderhörnern eine geringe Anzahl der Ganglienzellen, die denn auch sehr klein sind, ohne sichtbaren Kern, wie protoplasmatische Klumpen aussehen. In den Seitensträngen stark geschlängelte, in ihren Wandungen verdickte, glasig hyaline, mit zahlreichen Blutkörpern gefüllte Blutgefässe. Die Grundsubstanz ohne jede Nervenfaser ist nur fein gekörnt, sonst ohne jede Structur „in Schollen zerklüftet". Durch des Vf. Fuchsinverfärbungsmethode treten zahlreiche Kerne hervor als Kerne der scholligen Stücke. Die Vorderstränge vorzüglich brüchig haben gequollene und verbreiterte Bindegewebssepta.

Im Lendentheil ist nur der hintere Theil der Seitenstränge ebenso verändert, wie die ganze Seitenstränge des Rückentheils. In den inneren Ganglienzellenhaufen der Vorderhörner sind fast gar keine Ganglienzellen mehr zu finden.

Verf. der diesen Fall für geeignet hält die Existenz einer primären Seitenstrang-Sclerose zu beweisen, glaubt, dass die scholligen Zellen durch Resorption der Fettkörnchen aus Fettkörnchenzellen hervorgegangen sind, wie man diese bei centraler Myelitis, multipler Sclerose und der secundären Seitenstrangsclerose findet, die ihrerseits aus den Zellen der Neuroglia hervorgehen.

Rohden (Oeynhausen).

---

147) **G. Rezzonico**: Ueber die Structur der Nervenfasern des Rückenmarkes (Sulle struttura delle fibre nervose del midollo spinale).

(Archivis p. l. scienze med. 1880. 1—14.)

Die Nervenfasern des Centralorganes besitzen bekanntlich keine Schwann'sche Scheide. Verf. hat Structurverhältnisse nachgewiesen, welche es leichter verständlich machen, in welcher Weise auch an den centralen Fasern, das halbflüssige Mark der Markscheiden in seiner Lage erhalten bleibt. Es finden sich nämlich in der Markscheide der Nervenfasern des Rückenmarkes in regelmässigen kurzen Abständen (etwa in der Weise wie die Lanterman n'schen Marksegmente) eigenthümliche Trichter, welche mit ihrer kleineren Oeffnung dem Axencylinder anliegen, während die weitern der Oberfläche der Myelinscheide entspricht. Diese Trichter zeigen eine fibrilläre Structur, und zwar sind die zarten Fibrillen (vielleicht

ist es eine einzige lange Faser) spiralförmig gewunden, und bilden dadurch diesen Trichter. R. meint, dass diese Trichter dem Horngerüste der peripheren Nervenfasern entsprechen. Diese ineinandergesteckten Trichter würden auch die bekannte concentrische Streifung erklären, welche die Nervenfasern des Rückenmarkes am Querschnitt darbieten. —

Um zur Ansicht dieser eigenthümlichen Gebilde zu gelangen, empfielt R. frisches Rückenmark 1—4 Wochen in chromsaurem Kali zu härten, es hierauf in eine 0,75 percentige Lösung von salpetersaurem Silberoxyd zu legen, und darin je nach Umständen 2—10 Tage zu belassen. Die durch Zerzupfen erhaltenen Präparate werden in Damarlack eingeschlossen und sollen erst später, mitunter erst nach mehreren Wochen, ihre volle Deutlichkeit erhalten.

In einer Nachschrift zu diesem Aufsatze bemerkt Golgi, dass es ihm unterdessen gelungen sei, analoge Verhältnisse auch an den peripheren Nervenfasern nachzuweisen.

Obersteiner (Wien).

---

148) **Sigmund Mayer** (Prag): Ueber ein Gesetz der Erregung terminaler Nervensubstanzen.

(Aus d. LXXXI. Bd. d. Sitzber. d. Acad. d. Wiss. III. Abth. März-Heft 1880.

Aus früher veröffentlichten und neuen Versuchen leitet Verf. ein allgemeines Gesetz der Erregung der terminalen Nervensubstanzen ab; der Ausdruck „terminale Nervensubstanzen“ ist gewählt, um zu constatiren, dass die Ausführungen vorläufig sich auf die Endstationen im Nervensysteme beziehen, die im Gehirn und Rückenmarke einestheils und in den Endigungen der Nerven innerhalb der peripheren contractilen, secretorischen und sensibeln Gewebselemente anderntheils zu suchen sind. Für periphere Nerven wird die Bezeichnung interterminale Nervensubstanz gewählt. Das Gesetz lautet: Wenn die terminalen Nervensubstanzen einer Störung ihrer normalen Ernährung ausgesetzt werden, die eine bestimmte, für die verschiedenen terminalen Nervenapparate verschieden lange Zeitdauer nicht überschreiten darf, so beantworten sie den Wiederbeginn der normalen Ernährungsvorgänge mit der Auslösung einer mehr oder weniger intensiven Erregungsvorganges. Verf. führt eine Menge Beweise für seine Behauptung an, von denen hier nur einige wiedergegeben sind. Wenn nach Kussmaul und Tenner der trunc. anoymus und die arter. subclav. sinistr. verschlossen sind und man nach kurzer Dauer der Krämpfe zu einer Zeit, wo noch kein Lungenödem ausgebildet ist, den Verschluss der Gefässe löst, so treten am Augapfel nystagmusartige Bewegungen auf.

Curarisirt man ein Kaninchen so, dass der Verschluss der Hirnarterien nur noch sehr schwache Krämpfe hervorbringt, so tritt beim Wiedereinströmen des Blutes, das durch künstliche Respiration hellroth erhalten wird, eine deutliche Verstärkung der Bewegungen ein, oder es treten solche neuerdings auf, wenn sie vorher schon verschwunden waren. Unterbricht man bei einem mit Curare ver-

gifteten Thier, dem vorher beide vagi durchschnitten waren, die künstliche Respiration, so steigt erst der Blutdruck etwas an, um dann wellenförmig längere Zeit bedeutend anzusteigen (dispnoeische Blutdrucksteigerung) dann sinkt er rasch ab, fällt unter den Normaldruck. Nimmt man jetzt die Respiration wieder auf, so geht der Druck bald sehr steil wieder in die Höhe (Traube). Diese postdyspnoische Blutdrucksteigerung wird nach Verf. folgendermassen erklärt: Die dyspnoische Beschaffenheit des Blutes ruft eine mit Reizerscheinungen einhergehende Ernährungsstörung des vasoconstrictorischen Hirncentrums hervor, die zu einem Aufhören der Thätigkeit dieses Centrum's führt, welches aber gewaltige Erregungswellen neuerdings auszusenden beginnt, sobald die Ernährung wieder unter den Einfluss des zuströmenden hellrothen Blutes geräth.

Um Ernährungsstörungen im Rückenmarke zu bewerkstelligen, wurde die Aorta entweder jenseits d. art. subcl. sinistr., oder zwischen der Arterie und d. trunc. anonymus geklemmt, oder es wurde die künstl. Respiration unterbrochen. Mit der Wiederherstellung der Blutströmung, mit der Wiederaufnahme der künstl. Respiration treten entweder neue Bewegungen in den hinteren Extremitäten auf, oder schwache, vorhanden gewesene, werden wesentlich verstärkt, oder bereits abgelaufene werden von neuen verstärkt hervorgerufen.

Weiter folgert Verf. aus den Experimenten, dass je empfindlicher ein terminaler, nervöser Apparat gegen die Vorenthaltung der arteriellen Zufuhr oder die Beeinträchtigung der Athmung reagirt, desto kürzere Zeit bedarf die Ernährungsstörung, um nach der Wiederkehr der normalen Ernährungsbedingung Erregungen hervorzurufen, wie die Augenmuskeln einerseits und das Rückenmark andrerseits zeigen.

Sehr leicht findet eine Cumulirung der Ernährungsstörungen statt, worauf man zu achten hat. Beispiel: Durchschneidung des Rückenmarks am Halse neben Aortencompression; es wirkt hier der paralytische Blutdruck und die Anaemie.

Zum Schlusse macht Verf. darauf aufmerksam, dass manche in der Neuropathologie bekannte Thatsachen, z. B. die posthemiplegischen Bewegungen, die Zuckungen beim Zurückgehen peripherer Facialisparalysen, auf diese Weise dem Verständniss näher gerückt seien. Goldstein (Aachen).

---

149) **A. Pick**: Zur Lehre von der Agenesie des Rückenmarks.

(Prager medic. Wochenschrift 1888 Nro. 15.)

Anschliessend an die Mittheilung von Schiff über Atelectasis medullae spinalis (Referat in Nro. 9 dieses Blattes) bringt P. das Sectionsergebniss eines 14monatlichen Kindes, dessen linke Grosshirnhemisphäre auffallend volmuinöser war als die rechte, namentlich im Schläfenlappen, wie es auch die mittlere Schädelgruppe markirte. Die Consistenz der Hirnsubstanz war rechts derber als links und Schnitte zeigten dort grauliche Parthien. Links dagegen waren nur einzelne derartige Stellen, die Kleinhirnhemisphären äusser-

lich gleich, in der linken jedoch die hinteren Windungen schmal, blassgrau und derb. Der rechte Hirnschenkel, die rechte Brückenhälfte und die rechte Pyramidenseite schmäler als die linke. Ausserdem fand sich Pachymeningitis interna und Pneumonia catarrhalis dextra.

Die Untersuchung des in doppelt chromsaurem Ammoniak gehärteten Rückenmarks ergab in den beiden Seitensträngen, entsprechend den Pyrami denseitenstrangbahnen lichte Verfärbungen, links mehr wie rechts, nach den untern Rückenmarksparthieen abnehmend. Entsprechend dieser Verfärbung rechts fand sich im linken Vorderstrang an der innersten Parthie eine schmale Zone ebenso verfärbt. Diese letztere reicht nur bis zur Höhe des 4. und 5. Cervicalnervs herab. In den lichten Stellen der Seitenstränge fanden sich dunklere Parthieen, markhaltige Fasern, rechts mehr wie links und beiderseits nach abwärts hin zunehmend an Zahl. Die Hinterhörner behalten im Dorsaltheil nicht ihre schlanke, nur durch die Clarke'schen Säulen verbreiterte Form, sondern bleiben bis an ihr hinteres Ende gleichmässig breit. Nach oben hin zeigte sich die lichte Verfärbung bis ins Detail genau in der von Flechsig angegebenen Pyramidenstrangbahnen, Körnchenzellen fanden sich nirgends, dagegen zeigten Hämatoxylinpräparate in den veränderten Pyramidenbahnen reichlichere Kerne als die übrige weisse Substanz, und Carmin und Anilinblau heben die Veränderung scharf hervor. Die Veränderung der Tinction ist bedingt nicht durch Vermehrung des interstitiellen Gewebes, sondern durch Nervenfasern in diesem Areal, deren Marksscheiden fehlen, feine Axencylinder, oder deren Markscheide sehr zart ist.

Verf. zieht den Schluss: „dass wir es mit einem Stehenbleiben der Pyramidenbahnen auf einer niedrigeren Stufe der Entwicklung zu thun haben und hält die in diesen vorkommenden Fasern mit dicken Markscheiden für die Fasern, deren systematische Gleichwerthigkeit mit den ein compactes Bündel formirenden Kleinhirnseitenstrangfasern Flechsig's nachgewiesen." Er meint, dass die Form der Hinterhörner eine compensatorische Vergrösserung sei, wie er dies schon früher ausgesprochen. Auch die im polarisirtem Lichte vorgenommene Untersuchung zeigt völliges Fehlen der Markscheiden. Verf. will den Schiff'schen Namen Atelectasis nicht annehmen, den alten Agenesie beibehalten und den obigen Fall mit Agenesia systematica incompleta bezeichnen.

Rohden (Oeynhausen).

---

150) **A. Christiani**: Ein Athmungscentrum am Boden des dritten Ventrikels.

(Centralblatt für die medic. Wissenschaften. 1880. Nro. 15.)

Nachdem Verf. gefunden, dass Reizung des Opticus und Acusticus durch adaequaten, mechanischen oder electrischen Reiz inspiratorisch beschleunigend wirkt, antagonistisch gegen den exspiratorisch verlangsamenden Trigeminus, suchte und fand er weiter das betreffende Athmungscentrum nahe dem Boden des dritten Ventri-

kels, innerhalb der Thalami optici unweit der Vierhügel. Mechanische, thermische und electrische Reizung ergab Stillstand in Inspiration. Nach Abtragung des Grosshirn, der Thalami optici und zur Vorsicht der corpora quadrigemina anteriora bleibt auf Reizung die Wirkung aus, wird sogar zuweilen exspiratorisch modificirt, wie es auch der Fall sein kann nach Reizung der lateralen Theile der corpora quadrigemina.

Rohden (Oeynhausen).

---

151) **G. ter Meulen** (Amsterdam): Ueber die Reflexerregbarkeit und Sehnenreflexe an der gelähmten Seite bei cerebraler Hemiplegie.

(Over Reflexprikkelbaarheiden peesreflexen aan de verlamde zyde na cerebrale hemiplegien. Amsterdam 1879.)

Verf. hat 9 Fälle von cerebraler Hemiplegie zur Untersuchung gehabt. Da keiner dieser Fälle bisher zur Section gelangte, so können dieselben auch nicht nach dem Orte der Erkrankung classificirt werden; hingegen stellt Verf. seine Fälle in Gruppen zusammen mit Rücksicht auf die Zeit welche nach dem letzten apoplectischen Insulte verflossen ist, und ferner mit Rücksicht darauf, ob bloss ein einziger, reiner apoplectischer Anfall stattgefunden hat, oder ob sich derselbe wiederholt oder endlich mit anderen Processen complicirt hat. Der *Cremasterreflex* wurde in 6 Fällen geprüft. In 3 complicirten Fällen war kein Unterschied an den beiden Seiten zu bemerken, bei zwei älteren, einfachen Fällen erschien er stärker an der gelähmten, und bei einem frischen Falle stärker an der gesunden Seite.

Aehnlich verhielt sich auch der (7 mal untersuchte) von der Haut der planta pedis aus angeregte Reflex. *Klopfreflexe* d. h. solche, welche durch Percussion der Tibia, der des Radius oder der Ulna oder der Muskeln hervorgerufen werden, waren bei einem complicirten Falle an beiden Seiten gleich stark, in allen uncomplicirten Fällen fehlten sie an der gesunden Seite, und waren bei frischen Fällen an der paretischen Seite nur schwach, bei älteren Fällen an dieser Seite sehr deutlich zu erzeugen. Fast genau das Gleiche gilt auch vom *Partellarsehnenreflexe* insofern dieser in den meisten frischen Fällen an der kranken Seite nur wenig gesteigert, in den alten Fällen sehr deutlich erhöht war. —

Schliesslich theilt Verf. noch seine sehr ausführlichen und genauen Untersuchungen über die Intensität des Kniephänomens und über die Zeit mit, welche zwischen dem Reize und dem Reflexe in den verschiedenen Fällen verstreicht. —

Obersteiner (Wien).

---

152) **O. Soltmann**: Arsenik und Propylamin gegen Chorea minor.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift Nro. 8. 1880.)

S. hat die in der Neuzeit empfohlenen Mittel gegen Chorea, Arsenik und Propylamin, einer Prüfung unterworfen. Er fand, dass Solut. Fowleri in 16—21 Tagen zu 3mal täglich 4—6 Tropfen ohne störende Nebenwirkung in frischen wie veralteten Fällen Heilung

erzielt. Von dem durch Pürkhauer gepriesenen Propylamin, der bei 1,0 pro die in 6 Tagen Heilung erzielte und die Wirkung dem Zusammenhang der Chorea mit Gelenkrheumatismus zuschrieb, kann er nichts Günstiges berichten. In 11 Fällen (bei zweien war Gelenkrheumatismus vorausgegangen) hat er selbst bei 5—6 mal wiederholter Tagesdosis keinen nennenswerthen Erfolg, im Gegentheil nur Magen- und Darmstörungen erzielt, Fälle, die er dann alle in 14—15 Tagen durch Arsenik heilte. Er macht bei diesem Misserfolg auf die Verschiedenheit der Propylaminpräparate aufmerksam.

Rohden (Oeynhausen).

---

153) **Richer:** Ueber die hysterische Achromatopsie.

(Progrès médical 1879. Nro. 47.)

Bei normalen Individuen sind bekanntlich nicht alle Parthien der Netzhaut gleich empfindlich für die verschiedenen Farben, und zwar können die periphersten Netzhautstellen ausschliesslich blau unterscheiden, die mehr central gelegenen Parthien erkennen auch noch gelb und so gegen das Centrum fortschreitend, kann auch roth, grün empfunden werden, während violet nur von den centralsten Stellen der Netzhaut percipirt wird.

Richer fand bei den von ihm untersuchten hysterischen Personen das Verhältniss constant in der Weise geändert, dass Roth und Blau in der obigen Reihe die umgekehrte Stelle einnehmen, es würde demnach an den periphersten Netzhautstellen bloss die Empfindlichkeit für roth vorhanden sein, dann folgt gelb, blau, grün, violett.

Bei der vollständigen hysterischen Achromatopsie fehlt jede Farbenempfindung, die Kranken sehen grau in grau. Bei den geringsten Graden mangelt bloss die Fähigkeit violett zu unterscheiden und in den höheren Graden verschwinden die Farben entsprechend der früher angegebenen Weise, also nach dem violett das grün, blau, gelb, bis schliesslich nur mehr roth, oder auch dieses nicht mehr erkannt wird.

Bringt man einen Magneten bei einer mit hysterischer Hemianästhesie und halbseitiger Achromatopsie behafteten Person in die Nähe der betroffenen Gesichtshälfte, so kehrt an dem Auge der kranken Seite die Empfindlichkeit für die Farben in der besprochenen Reihenfolge wieder, zuerst roth, dann gelb, blau u. s. w. während gleichzeitig am gesunden Auge der Transfert sich in der Weise geltend macht, dass die Farbenempfindlichkeit in umgekehrter Folge, von violett beginnend, erlischt, bis schliesslich mit dem Verschwinden des roth das andere Auge vollständig achromatopisch wird.

Mag man nun den Magneten entfernen oder aber in seiner Stellung belassen, sehr bald stellen sich die consecutiven Oscillationen ein, das heisst die Empfindlichkeit für Farben wandert nun wieder in der gleichen Weise nach dem farbenblinden Auge zurück, und so kann diese Erscheinung 10—12 mal, unter Umständen noch häufiger, durch mehrere Stunden hindurch fortdauern, bis schliess-

lich wieder das ursprünglich achromatopische Auge in diesem Zustand verharrt.

Zu bemerken ist, dass diese Oscillationen um so rascher aufeinander folgen, je leichter sie überhaupt entstehen; dass sie aber bei denselben Kranken nicht immer von der gleichen Dauer sind; die Farbenempfindlichkeit tritt immer in der nämlichen Reihenfolge ein und erlischt ausnahmslos in der umgekehrten Succession und zwar tritt der Verlust der Farbenempfindlichkeit rascher ein, als die Wiederkehr dieser Fähigkeit.

Obersteiner (Wien).

---

154) Der sogenannte thierische Magnetismus und seine Erklärung. (Neueste Literatur siehe am Schlusse der Arbeit von Dr. Grützner in Nr. 10 d. Bl.)

Als ich vor einiger Zeit Herrn Collegen Grützner in Breslau bat einen Aufsatz über den gegenwärtigen Stand der Frage des s. g. thierischen Magnetismus für das Centralblatt zu verfassen, eine Bitte, welcher der genannte College nicht nur mit liebenswürdigster Bereitwilligkeit nachkam, sondern welche er auch in ausgezeichnetster und eingehendster*) Weise erledigt hat, stellte ich gewissermaassen die Bedingung, in diesem Aufsatze nur die bis jetzt objectiv festgestellten Thatsachen mitzutheilen, und ihn frei zu belassen von allen Erklärungsversuchen der so hochinteressanten Erscheinungen. Ich hatte die Absicht den Lesern dieses Blattes, welche noch nicht durch die etwas zerstreute Literatur dieses Gegenstandes oder eigene Versuche mit ihm durchaus vertraut geworden sind, den vollen Eindruck zu wahren, welchen die Kenntnissnahme der fraglichen Erscheinungen auf jeden machen muss, der sie unbefangen aufnimmt, und der von dem bösen Willen frei ist, ihre Richtigkeit durch eigene Versuche nicht prüfen zu wollen; ich wollte diesen Eindruck nicht abschwächen oder gar verwischen durch gleichzeitige Einflechtung der Erklärungen in die Mittheilung der objectiven Thatsachen, weil ich mir sagen muss, dass die bis jetzt producirten Erklärungsversuche einer scharfen physiologischen und empirischen Kritik nicht Stand zu halten vermögen. Es sind eben Versuche, und zwar nach meiner Anschauung recht schwache. Daraus resultirt nun selbstverständlich für die Wahrheit der experimentellen Thatsachen gar nichts, und a priori wäre für die Propagirung der Anerkenntniss des s. g. thierischen Magnetismus — die ja mirabile dictu noch immer nothwendig ist — in dem gleichzeitigen Serviren der Thatsachen und ihrer Erklärungsversuche keinerlei Gefahr zu finden. Ich stehe aber noch unter dem frischen Eindrucke eines persönlichen Erlebnisses, wo einer unserer berufensten Neurologen und eifrigsten Vorkämpfer des thierischen Magnetismus dadurch ein partielles Fiasco begünstigt hat, dass er die Erklärung dem Experiment vorausgehen liess, und diese Erfahrung liess mich

---

*) Die Prager medicin. Wochenschrift druckt den „vortrefflichen" Aufsatz Grützner's in Nro. 10 uns. Bl. in Nro. 21 ff. „vollinhaltlich" ab.
D. Red.

wie oben angegeben handeln, um die Sache bei den Lesern d. Bl. vor einem Abortiverfolg zu sichern.

Darum in Nro. 10 die Thatsachen und heute erst ihre Erklärung.

Heidenhain spricht sich dahin aus, dass es sich handle um eine *Functionshemmung der Ganglien der Grosshirnrinde*, verursacht durch anhaltende aber schwache Hautreize (experimentelle Katalepsie). Gegen die verallgemeinerte Annahme dieser Erklärung konnten jene Fälle vorgeführt werden, bei denen das Bewusstsein intact blieb, im Uebrigen ausgebildeten krampf- und anderartigen Symptomen; es müsste desshalb neben dem Torpor der Hirnrinde eine *Reizung der infracorticalen Centren* angenommen werden, also jener Organe, welche dem Mechanismus der reflectorischen und automatischen Bewegungen vorstehen. Diese Annahme machte Berger, vorzüglich auf Grund der Beobachtung dass es gelang den gewöhnlichen physiologischen Schlaf in den hypnotischen Zustand überzuführen. Dabei wurde constatirt, dass strahlende Wärme die gleiche hypnotisirende Wirkung übe wie die durch methodisches Streichen gesetzten Hautreize.

Ein principieller Unterschied ist zwischen den beiden Ansichten nicht nachweisbar. H. lässt primär die Function der Grosshirnrinde eine Reflexhemmung ausfallen, wodurch also die infracorticalen, reflectorischen Centren in gesteigerte Function gerathen müssen; B. glaubt an die primäre Reizung dieser Centren.

Ganz ähnlich hat sich bereits Schopenhauer (Ueber den Willen in der Natur; Capitel: Animalischer Magnetismus und Magie; IV. Aufl. Leipzig 1878 pag. 103 Anmerk.) geäussert. Er sagt: „Nach meiner Beobachtung sind fast alle seine Stücke (des Magnetisseur Ragazzoni) daraus zu erklären, dass er das Gehirn vom Rückenmark isolirt, entweder gänzlich, wodurch alle sensibelen und motorischen Nerven gelähmt werden und völlige Katalepsie (sic!) entsteht; oder die Lähmung blos die motorischen Nerven trifft, wo die Senbilität bleibt, also der Kopf sein Bewusstsein behällt auf einem ganz scheintodten Körper siztend" u. s. w.

Die Thatsache, dass durch Kitzeln resp. Streichen des Nackens ein eigenthümlicher expiratorischer Ton ausgelöst wird, wird mit dem bekannten Goll'schen *Quackversuch* erklärt.

Sprecherscheinungen können ausgelöst werden durch Ansprechen gegen Epigastrium, Brust und Hals, wobei es sich um *reflectorische Erregung des Sprachcentrum vom Vagusgebiet aus* handeln soll.

Berger hält zum Zustandekommen der Erscheinung die Anwesenheit von *Wärme* für durchaus nöthig. (Die Hände des Magnetisirenden müssen nach meiner eigenen Erfahrung wärmer sein als die Haut des Medium. Ref.) „Was den Einfluss der Wärme anlangt, so macht Grützner darauf aufmerksam, dass man auch hier wie beim Licht, wahrscheinlich verschiedene Qualitäten unterscheiden muss; es sei nicht gleichgültig ob beim Magnetisiren die Wärme durch die Hand oder durch Metallplatten erzeugt werde; möglicherweise beruhe darauf die verschiedene Wirksamkeit beim Magnetisiren." (Börner.)

Dass wir verschiedene Wärmequalitäten annehmen müssen, wissen wir seit dem Erscheinen der geistvollen Schrift von v. Renz (Heilkräfte der indifferenten Thermen etc.), in welcher dieser bewährte Forscher seine „Thermoten-Theorie" aufgestellt hat, und zwar von Thermen-Wirkungen ausgehend, als das reinste Postulat logischen Denkens. Ich ergreife diese Gelegenheit um ein anderes Prioritätsrecht desselben Autors auf sehr benachbartem Gebiete zu sichern, nämlich der Metallotherapie und bemerke ausdrücklich, dass die unter Schiff's Name seit seinem Vortrage auf der Badener Naturforscherversammlung cursirende Erklärung der Metallotherapie schon in der I. Auflage und noch bestimmter in der II. Auflage der genannten Schrift von v. Renz, welche beide Auflagen lange vor dem erwähnten Vortrage Schiff's die Presse verlassen haben, deutlich enthalten ist. Ich verweise übrigens auf die Kritik der v. Renz'schen Schrift in Rohlf's Archiv (I. Bd. 2. Heft) *wo für alle Zukunft die Aufstellung der Wärmefarben* (Thermose und Thermoten) *als das unbestreitbare Verdienst* v. Renz's *betont wird.* —

Rosenbach betont sehr richtig, dass mit der Annahme einer Reflexhemmung für ein unbekanntes x ein ebenso unbekanntes y substituirt werde. Er argumentirt daher, dass jeder Reiz für gewöhnlich zwei Wege nach dem Centrum einschlage, einen zum Bewusstsein, den anderen zu den Reflexapparaten, und dass der letztere, wenn im Hypnotismus der erstere verlegt werde, nach dem Gesetz von der Erhaltung der Kraft nun von dem ungetheilten Reize betreten werde, dass also die Erregung dieser Apparate doppelt so stark sein müsse, als bei gewöhnlichen Verhältnissen.

Rumpf (Ueber Hypnotismus, Vortrag auf der Aerzteversammlung in Düsseldorf, 9. Mai 1880) ist der Ansicht, dass es sich um Gefässveränderungen (soll wohl heissen Gefässinnervationsstörungen Ref.) der verschiedenen Gehirngebieten und die dadurch gesetzten Störung der Ernährung und Oxydation handle.

Erlenmeyer.

---

155) **G. H. Schneider**: Der thierische Wille. Systematische Darstellung und Erklärung der thierischen Triebe und deren Entstehung, Entwickelung und Verbreitung im Thierreiche als Grundlage zu einer vergleichenden Willenslehre.

Die grosse Idee, die den Namen Darwin's unsterblich macht, hat nach und nach alle Gebiete des menschlichen Wissens befruchtet. Verhältnissmässig wenig hat aber bisher die Psychologie davon gewonnen, eine Wissenschaft, die mit am meisten dazu berufen scheint, die Erklärung der Erscheinungen, die sie beobachtet, in der allmähligen Entwicklung, und zwar nicht nur in der Ontosondern auch in der Phylogenie, zu suchen. In der That können auch die complicirten Denk- und Willensäusserungen des Menschen und der höheren Thiere in befriedigender Weise nur nach Analyse der einfacheren psychischen Processe bei den niederen Thieren verstanden werden. Für den Pathologen schliesst sich an eine solche Art der Untersuchung überdies noch die Hoffnung an, dass die Ur-

sachen mancher bisher ganz räthselhafter Triebe, sonderbarer Gewohnheiten und anderer psychischer Abnormitäten durch Vererbung Rückschlag, Hemmungsbildung etc. in ähnlicher Weise werden erklärt werden können, wie das für Eigenthümlichkeiten und Abnormitäten der Organe vielfach bereits gelungen ist.

Darum machen wir an dieser Stelle auf das citirte Werk aufmerksam. Ist es auch noch nicht ein vollendetes Gebäude, so liefert es doch wenigstens eine grosse Zahl Bausteine zu einem solchen und die Umrisse eines Planes. Der Verf. berücksichtigt die menschliche Psychologie nur nebenbei, bringt aber eine grosse Menge von Beobachtungen über die Psyche der Thiere in ein System. Er unterscheidet *Empfindungs-*, *Wahrnehmungs-*, *Vorstellungs- und Gedankentriebe*, die durch gleichbenannte *Gefühle* hervorgerufen werden. Sie sind entsprechend dem grossen Gesetze der Zweckmässigkeit in der organischen Natur, demzufolge alles, was nicht zur Erhaltung und Fortpflanzung der Art beiträgt keinen Bestand haben kann, auf *Ernährung* und *Schutz*, sowie auf *Begattung* und *Brutpflege* gerichtet.

Bei den niedersten Thieren sind nur Empfindungstriebe vorhanden, später kommen auch Wahrnehmungstriebe und im allmählichen Uebergang Vorstellungstriebe dazu, schliesslich Gedankentriebe. Aber eben aus der längeren Vererbung erklärt sich die relative Kraft der Empfindungs- und Wahrnehmungstriebe gegenüber den übrigen, auch bei den höchst organisirten Thieren.

Den Vorstellungs- und Gedankentrieben würde der *Wille* im engeren Sinne, den Empfindungs- und Wahrnehmungstrieben die *Instinkte* entsprechen, doch existirt keine scharfe Grenze zwischen beiden Gruppen, sie gehen allmählig in einander über. Viele bisher als Reflexactionen aufgefasste Bewegungen rechnet der Verf. zu den Empfindungs- und Wahrnehmungstrieben und trennt diese, als auf psychologischem Wege zu Stande kommend, von den rein physiologischen Reflexen wie z. B. Pupillen und Darmcontractionen etc. ab.

Alle bisher angeführten Triebe werden in eine grosse Gruppe als *directe* oder *Erkenntnisstriebe* zusammengefasst und ihnen die *indirecten* oder *Hilfstriebe* gegenüber gestellt. Zu diesen rechnet der Verf. den *Folgetrieb* (Aufeinanderfolge einer einmal eingeleiteten Bewegung) und den *Associationstrieb* (Mitbewegungen). Je höher organisirt ein Thier ist, in desto complicirterer Weise setzen sich natürlich seine Handlungen aus den verschiedenen elementaren Trieben zusammen. Bestimmte Triebe entsprechen einer bestimmten Organisation und unterliegen ebenso wie diese den Gesetzen der Vererbung, Anpassung, Abänderung etc.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

---

156) **Kowalewsky** (Charkow): Ueber den Einfluss des epileptischen Anfalles auf das Gewicht des Kranken. (Bericht über die Versammlung russischer Aerzte und Naturforscher in St. Petersburg.)

(Wratsch 1880 Nro. 2. Russisch.)

Verf. theilt sein Material in folgende Gruppen: 1. langjähriges grand mal mit häufigen Anfällen (25 Fälle) 2. Frisches grand

mal (1—1½ Jahre) mit seltenen Anfällen (47 Fälle). 3. Petit mal (7 Fälle) 4. Status epilepticus (10 Fälle) 5) Epilepsie mit Gewalthandlungen (Delirium epilepticum) a. Mit Krämpfen, b. ohne dieselben (Zahl der Fälle nicht angegeben). Nach Möglichkeit wurde immer gleiche Diät eingehalten; die Wägungen wurden immer zu derselben Zeit, zwischen 9 und 11 Uhr Vormittags, vorgenommen; die Kranken wurden nicht zu Arbeiten benutzt; die an Schlaflosigkeit, Fieber etc. leidenden wurden ausgeschlossen.

1. In alten Fällen von grand mal fiel das Körpergewicht nach jedem Anfall um 1—2 Pfund. *)

2. In frischen Fällen von grand mal fiel das Gewicht nach dem Anfall um 3—12 Pfd.; doch wurden am häufigsten die Ziffern 3, 5 und 4 Pfd. beobachtet. Ein Kranker, welcher zur Beobachtung in die Anstalt geschickt war, hatte im Laufe von 6 Monaten keinen Anfall. In der Nacht vor der beabsichtigten Entlassung aber hatte er 2 Anfälle und verlor 9 Pf.

3. Beim petit mal wurden wieder Erwarten gleichfalls ein deutliches Fallen des Gewichtes beobachtet, wenngleich sie durchschnittlich geringer war als beim grand mal. In einem Falle wurden 12 Anfälle beobachtet und nach jedem derselben betrug die Gewichtsabnahme 4—5 Pf. In einem anderen Falle wurde die für diese Gruppe maximale Gewichtsabnahme von 9 Pfd. beobachtet nach 2 Anfällen an einem Tage.

4. Beim status epilepticus betrug der Gewichtsverlust nach jedem einzelnen Anfalle nicht über ein Pfd., doch summirten sich die Verluste in einzelnen Fällen bis zu ¼ des Körpergewichtes.

5. In den Fällen von delirium epilepticum wurden meist auch Krämpfe und Schwindel beobachtet. Bei einem derselben fiel das Gewicht im Laufe der Beobachtung von 146 auf 114 Pfd.

Auf welchem Wege der Hauptverlust vor sich geht, ob durch den Harn, den Schweiss oder die insensible Ausgabe, müssen noch weitere Arbeiten lehren. (Auf den bez. Einwurf Dr. Silupanav's erklärte Herr K. dass auch zur Aufklärung der in practischer Hinsicht gewiss sehr wichtigen Fragen, ob nicht etwa Simulanten den gleichen Gewichtsverlust zeigen, noch weitere Versuche gemacht werden müssten. Gegen die Wahrscheinlichkeit dieser Annahme spricht, wie die Red. des Wratsch richtig bemerkt der Umstand, dass auch nach den Anfällen von petit mal, bei denen keine Krämpfe bestanden, gleichweise ein ansehnlicher Gewichtsverlust beobachtet werden konnte. Dagegen muss man die Möglichkeit im Auge behalten, dass Simulanten durch geringere Nahrungsaufnahme, einige leichte Abführungen oder stärkeren Schweiss ihr Gewicht nicht unwesentlich werden veringern können. Buch (Ishkewsk).

---

157) **J. Ray**: Recoveries from mental diseases.

(The Alienist and Neurologist I, 2 1880 — Auszug aus einem Vortrag bei der 81. Versammlung americanischer Irrenärzte.)

Verf. untersucht, wie einige Andere vor ihm, die Ursachen dafür, dass in der neueren Zeit die Heilergebnisse bei den Psycho-

*) 1 Pfund russ. = 420 Gramm. Ref.



sen in America geringer seien als früher. Er bekämpft zuerst die Ansicht Dr. Earle's, welcher dafür die sanquinischen Ansichten der früheren Irrenärzte und die wiederholten Zählungen bei mehreren Anfällen einer Person verantwortlich macht; und glaubt andere Gründe für die Thatsache in Folgendem zu finden: Einmal sei die Benutzung der Anstalten eine ganz andere geworden. Während in früher Zeit hauptsächlich nur Tobsüchtige, nur solche, die zu Hause nicht verpflegt werden konnten und gefährlich waren, die aber andererseits das beste Heilergebniss zeigen, in die Anstalten gebracht wurden, wuchs mit dem Vertrauen in die Anstalten besonders die Aufnahmszahl der ruhigen und auch von Anfang an unheilbaren Kranken. Dann habe in den letzten 50 Jahren eine grosse Unwälzung in der Vertheilung der Bevölkerung stattgefunden. Nunmehr wohnt ein Drittel der Gesammtbevölkerung in Städten von 50 000 und mehr Einwohnern. Dadurch sei eine entschiedene Verschlechterung der allgemeinen Gesundheits- und Constitutionsverhältnisse eingetreten. Es werde eine Zunahme der Geistes- und Nervenkrankheiten beobaehtet und besonders eine Zunahme der unheilbaren Formen, besonders der Paralyse und dieser verwandter Formen, wie des acuten Deliriums. Ein endgiltiges Urtheil kann nach Verf. nicht abgegeben werden, weil dazu erforderlich wäre, dass alle Fälle von Geistesstörung eine richtige Behandlung erhielten und über den Verlauf nach Entlassung aus der Behandlung Nachrichten gegeben werden müssten.

Aus der Discussion, welche veröffentlicht wurde im „American Journal of Insanity“ October 1879, möge noch Folgendes hinzugefügt werden. Im Allgemeinen stimmten die Redner darin überein, dass anscheinend der Charakter der Störungen sich zum Schlimmern verändere, dass es aber auch an einer genügend sicheren Statistik fehle und die Anstaltsstatistik allein nicht genüge, und dass der Einfluss des gross-städtischen Lebens ein nachtheiliger für die allgemeine Gesundheit sei. Ueber die Frage, ob wiederholt Rückfällige nach überstandenem Anfalle als geheilt aufgeführt werden könnten, waren die Ansichten verschieden.

Karrer (Erlangen).

---

158) **Schäfer** Schweizerhof): Ueber die Formen des Wahnsinns (oder der Verrücktheit) mit besonderer Rücksicht auf das weibliche Geschlecht. (Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie und psych. gerichtl. Med. Bd. 37. p. 55 ff.)

Verf. glaubt, dass durch Trennung der Psychosen in acute und chronische Formen eine verbesserte Eintheilung derselben gewonnen wurde und versucht dieses Princip zunächst für die Formen des Wahnsinns oder der Verrücktheit durchzuführen. Westphal theilt bekanntlich die Verrücktheit ein in 1) einfache Verrücktheit, 2) die aus Hypochondrie entstehende, 3) die plötzlich mit zahlreichen Hallucinationen einsetzende, 4) die originäre (Sander), 5) die abortive, d. h. die Zwangsvorstellungen. — Verf. lässt zunächst die W.'sche 3., ausschliesslich durch die Acuität der Entwickelung characterisirte, als eigne Form fallen, um sie als acute Unterform der ersten — chronischen — zuzugesellen. Das Vorkommen acuter

Fälle hypochondrischen Wahnsinns hält Verf. für unzweifelhaft und führt als solchen aus eigner Beobachtung den Fall einer Dame an, welche nach kurzem Prodromalstadium die Nahrung verweigerte, eine Reihe, vorwiegend hypochondrischer Vorstellungen — von Holz, von Leder zu sein, keine innern Organe zu besitzen etc. — äusserte und nach 6monatlicher Krankheitsdauer an Lungengangraen starb. Die Section ergab eine auffallende Atrophie mit Oedem des Gehirns, Trübung und Oedem der Pia.

Der originäre Wahnsinn komme seiner Natur nach nur in der chronischen Form und ausschliesslich bei Männern vor.

Die abortive Form Westphals vermag Verf. überhaupt nicht als eine Form des Wahnsinns zu betrachten, da ihr das Characteristicum des letzteren — das Beherrschtwerden durch krankhafte Vorstellungen abgehe. — Dieser principielle Unterschied werde allein durch die Annahme einer verschiedenen Ausdehnung des krankhaften Processes nicht beseitigt, zudem seien Inhalt der Vorstellungen und Form ihres Auftretens in beiden Krankheiten verschieden. Am passendsten liessen sich die Zwangsvorstellungen unter die Melancholie einreihen, in welcher ebenfalls Angstparoxysmen auftreten und das Grundlose der Befürchtungen von den Kranken zuweilen anerkannt würde.

Als besondere auf dem Boden anderweitiger Erkrankung oder kritischer Entwickelungsphasen entstehende Formen fügt Verf. der Westphal'schen Eintheilung hinzu: a) den Wahnsinn der Hysterischen, welcher sich in seiner Vollendung zwar von dem gewöhnlichen Verfolgungswahn nicht unterscheide, bei dessen Entwickelung aber vornehmlich die den Hysterischen eigne Einbildung, verkannt und benachtheiligt zu werden, sowie die leicht zu Hallucinationen führende Reizbarkeit der Sinnesorgane in Betracht käme. — Der hysterische Wahnsinn komme, wie der originäre, ausschliesslich in chronischer Form vor. Dieser Umstand im Verein mit der Thatsache, dass originärer Wahnsinn nur bei Männern beobachtet ist, führt Verf. zu der Vermuthung, dass zwischen der originären nervösen Disposition der Männer und der Hysterie eine wesentliche Uebereinstimmung bestehe. Bezüglich der Entwickelung des hysterischen Wahnsinns sei namentlich eine Form bemerkenswerth, welche in der Epilepsie ein Analogon fände, dass sich nämlich der Wahnsinn unmittelbar an einen hysterischen Anfall anschliesse. Verf. führt einen derartigen Fall an: Eine von jeher an anfallsweise auftretender Verstimmung leidende Dame zeigte im Anschlusse an einen Abortus traurige Stimmung, Schwäche, Appetitlosigkeit, machte in diesem Zustande eine weite Reise, betheiligte sich an einem Familienfeste und verfiel einige Tage nachher in einen Zustand schwerer Lethargie, Unbeweglichkeit, Stummheit mit schwacher, ungleichmässiger Athmung und aussetzendem Pulse. Nach dem Erwachen aus diesem scheintodten Zustande konnte ausgebildeter Verfolgungs-Wahnsinn constatirt werden.

b) den puerperalen Wahnsinn.

c) den climacterischen Wahnsinn, als Unterarten des puerperalen und climacterischen Irreseins im Allgemeinen. Ersterer werde

meist in chronischer Form beobachtet, jedoch dürften sich unter den sog. Puerperalmanien eine Anzahl Fälle acuten Wahnsinns verbergen. Das Climacterium lieferte unter 60 Erkrankten 36 Wahnsinnige (Krafft-Ebing).

d) Alcoholischen Wahnsinn, welcher in acuter und chronischer Form vorkäme.

Zum Schlusse hebt Verf. hervor, dass er gegenüber der Morel'schen Auffassung, welche dem Wahnsinn und der Melancholie nur die Bedeutung von Symptomen einräume, daran festhalten müsse, dass der Wahnsinn einerseits und die Melancholie mit der Manie andrerseits soweit selbstständige Krankheitserscheinungen sind, als sie in anatomisch getrennten Gehirngebieten verlaufen u. z. verlegt er den patholog. Vorgang bei dem das ganze geistige Geschehen beeinträchtigenden Melancholie und Manie in die Rinde, bei dem Wahnsinn in die weisse Substanz, welche die centripetalen Bahnen für die Sinneserregung enthält. Die krankhafte Erregung dieser Bahnen liefern die Prämissen zu Wahnsystemen, die in Folge der Integrität der Rinde in nahezu ungeschwächter Logik aufgebaut erscheinen. Es hänge vielleicht damit die Beobachtung zusammen, dass Melancholie und Manie weit eher zum Blödsinn führen, während der Wahnsinn, wenn überhaupt, nur sehr langsam in Blödsinn übergeht. Die Frage ob Rinde und Mark anatomisch hinreichend geschieden sind, um gesondert erkranken zu können, dürfte sowohl nach der Verschiedenheit ihrer histologischen Zusammensetzung, als der Vertheilung des Capillarsystems bejahend zu beantworten sein. — Schäfer (Pankow).

---

159) **von Kraft-Ebing**: Todschlag im Affect. Zweifelhafter Geisteszustand (Epilepsie und dadurch bedingte krankhafte Gemüthsreizbarkeit) des Thäters. (Facultätsgutachten der Grazer med. Facultät).

(Allg. Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtl. Medicin Band 37. p. 40 ff.)

Der Kohlenarbeiter Depaoli versetzte am 4. April 1880 seinem Gefährten Giacomo Urlandic nach kurzem Wortwechsel 2 Messerstiche in die linke Brusthälfte, die Herz, Lunge und Magen verletzten und den sofortigen Tod des U. zur Folge hatten.— Die Veranlassung zum Streite war dadurch entstanden, dass der Erstochene gesehen haben wollte, dass Depaoli die im Speisezimmer befindliche gemeinsame Trinkwasserkanne zum Uriniren benutzt habe. Erzürnt rief D. den Urlandic vor mehreren Zeugen zu sich, fragte ihn ob es wahr sei, dass er (D.) ins Trinkgeschirr urinirt habe und als eine bejahende Antwort erfolgte, stiess er ihm das Messer in die Brust. Nach vollbrachter That stellte er sich bestürzt den Gensdarmen. Im ersten Verhör bekannte er sich offen als Thäter, im zweiten bereute er die That und gab als Milderungsgrund an, dass ihm vom U. Schabernack gespielt und Aeger bereitet worden sei. Auf diesen letztern Punkt kommt er später nicht mehr zurück, dagegen behauptet er, das Verbrechen in einem Zustande zeitweise wiederkehrender Geistesstörung, an der er seit seiner Soldatenzeit leide, begangen zu haben. In Folge dieser Angabe wurden sorg-

fältige Nachforschungen über das Vorleben des D. angestellt. Derselbe ist 48 Jahre alt. Er lebte bis zu seinem 15. Jahre im elterlichen Hause, tagelöhnerte, wurde mit 20 Jahren conscribirt, diente 10 Jahre als Soldat und wurde als solcher wegen Trunksucht und Insubordination zu einer Strafabtheilung versetzt. Im November 1873 wurde er wegen Vagabondage arretirt. Damals soll er vor der Behörde geäussert haben, dass er gekommen sei, um zu rauben. In einem Pass vom Decbr. 73 ist unter der Rubrik „besondere Kennzeichen“ notirt, dass er an *Convulsionen* leide. Es wurde weiter ermittelt, dass D.'s Vater an Kopfschmerz bis zum Verluste des Bewusstseins gelitten, dass des Vaters Schwester geisteskrank gewesen und an Apoplexia cerebri gestorben sei. D. selbst litt schon als Knabe häufig an epileptischen Krämpfen, nach denen er ganze Tage lang stuporös war.— Er befand sich erst seit 6 Tagen an dem Orte, wo er zum Todschläger wurde und seine Kameraden waren schon einstimmig darüber, dass er von auffälliger Gemüthsreizbarkeit sei. „Ein einfaches Wort konnte ihn in Wuth versetzen. Er sah dann aus wie ein Irrsinniger“.

D. wurde einer gerichtsärztlichen Untersuchung unterworfen. Dieselbe ergab, dass die That eine im unmittelbaren Zusammenhang mit einer ungerechten (?) Beschuldigung stehende Affecthandlung eines reizbaren Menschen sei und dieser zur Zeit in einem solchem Zustand zorniger Aufregung sich befand, dass er, obwohl bewusst seines Handelens, dennoch seinem Drange nach Rache keinen Wiederstand leisten konnte. Der bis zum 10. Jahre nachgewiesenen Epilepsie wird keine Bedeutung beigemessen, da D. ja arbeitsfähig gewesen und 10 Jahre als Soldat gedient habe. Eine solche infantile Krankheit müsste längst geheilt oder in schlimmerer Form wiedergekehrt sein.

Ein später von der Grazer Facultät eingeholtes Gutachten tritt der von den Gerichtsärzten ausgesprochenen Ansicht nicht bei. Dasselbe nimmt das Vorhandensein von Epilepsie oder derselben gleichwerthigen Anfälle (epileptische Aequivalente) an. Bezüglich der ausführlichen Motivirung muss auf das Orginal verwiesen werden.

Die ihr gestellte Frage beantwortet die Facultät dahin, dass bei D. bei Begehung seiner Affecthandlung pathologische Momente im Spiele waren, die seine Widerstandsfähigkeit erheblich verminderten, wenn nicht gänzlich aufhoben.

Rabow (Pankow).

III. Neueste Literatur.

42. Clemens, Ueber die Heilwirkung der Elektricität. 10 Lfg. gr. 8⁰. Frankfurt a. M. Auffarth. M. 2.
43. Congrès international de médecine légale tenu les 12., 13. et 14. Août 1878. gr. 8⁰. Paris, Baillière et fils. Fr. 5.
43. Desplats, Application de l'électricité au diagnostic et au traitement des maladies. 8⁰, Paris, ebend. Fr. 2½.

44. Dowse, Syphilis of the Brain and Spinal Cord. New-York. sh. 15.
45. Kent, Sexual Neurosis. 12. St. Louis. sh. 9.
46. Robin, Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale. Av. 46 fig. et 1 pl. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 9.
47. Viard, De l'épilepsie d'orgine syphilitique. 8⁰. Paris, O. Berthier. Fr. $3^1/_2$.
48. Weinhold, Hypnothische Versuche. 3. Aufl. gr. 8⁰. Chemnitz, Bülz. M. 1.
49. Boisson, Etude clinique sur les troubles trophiques de la névralgie trifaciale. M. 1.
50. Bongrand, Réflexions a propos de trois cas d'agoraphobie. M. 1.
51. Brousses, De l'épilepsie et du traumatisme dans leurs rapports reciproques. M. 1.
52. Cassange, Nouvelles observat. sur l'épilepsie. M. 1.
53. Chabrun, Etat mental des hystériques. M. 1.
54. Chevallerau, Recherches s. l. paralysies oculaires concéc à des traumatisme cérébraux. M. 1.
55. Chipier, De la cachexie des prisons étude s. quelq. maladies spéciales aux prisonniers.
56. Clement, Etude sur la nature de la folie. M. 1.
57. Colnot, Etude sur le délire hyochondriaque.
58. Demouch, De la tuberculose miliaire aigue à forme cérébrale apoplectique. M. 1.
59. Dubois, Du traitem. des névralgies par l'éctricite et l'hydrotherapie. M. 1.
60. Froger, Du traitement de l'éclampsie puerpérale par l'hydrate de chloral. M, 1.
61. Gaumetou, Des troubles oculaires dans la paralysie faciale.
62. Gouyou-Beauchamps. Note sur la paralysie du mucles dentelé etc. M. 1.
63. Huber, Des accidents cérébraux.
64. Jobard, Etude clinique sur l'épilepsie. M. 1.
65. Labanowski De quelq. cas de névroses etc. M. 1.
66. Labarrière, Essai sur la méningite en plaque ou scléreuse.
67. Labitte, De la colonisation des aliénés. M. 1.
68. Marchant, Des paralysies laryngées. M. 1.
69. Maussire, Sur les maladies incidentes surven. dans le cours de l'aliénation mentale. M. 1.
70. Saury, Des troubles intellectuells dans la paralysie générale. M. 1.
71. Ségur De la tétanie.
72. Signez, Considérations s. l. accidents nerveux dans le mal de pott. M. 1.
73) Empereur, Essai sur la nutrition dans l'hystérie. M. 2.
74) Defossez, Essai s. l. troubles des sens et de l'intelligence causés par l'épilepsie. M. 1 50.
75) Angelé, Contribution à l'étude des névralgies. M. 1.
76) Barret, Forme convulsive de la névralgie de la face tic douloureux. M. 1.

77) **Bataille**, Contributions à l'étude de la paralysie spinale atrophique de l'adulte. M. 1.

78) **Bechon**, De la méningite tuberculeuse. M. 1. (49—78 sind Pariser Thesen.)

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) **Merzig**, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 2) **Düren**, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 3) **Eichberg** (Rheingau), III. Hülfsarzt, sogleich, 900 M., fr. Station. 4) **Halle a. Saale**, I. psychiatr. Klinik a) Volontärarzt, 600—1200 M. fr. Station, b) Assistenzarzt. II. provinc. Anstalt, Assistenzarzt. 5) **Grafenberg** (Düsseldorf), a) Assistenzarzt 900 M., freie Station. b) Volontairarzt 600 M. freie Station. 6) **Owinsk** (Posen) Assistenzarzt, 1. August; 2000 M.; fr. Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 7) **Allenberg** (Ostpreussen) Assistenzarzt 1200 M. bei freier Station. 8) **Eberswalde**, Erster Assistenzarzt, 1. Juli, M. 1500, fr. Stat. 9) **Schleswig**, Irrenanstalt, Director 6500 Mark, Wohnung und Garten, für Feuerung 270 M. 10) **Hildburghausen**, Assistenzarzt 1750 M. bei freier Station. 11) **St. Urban** (Canton Luzern), II. Arzt und stellvertr. Director 3000—3500 Mark, 12. Prrovinc.-Irrenanstalt **Hildesheim**, Hilfsarztstelle, 900 M., freie Station. 13) **Leubus**, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 14) **Friedrichsberg** bei Hamburg, Assistenzarzt. Meldungen an den Oberarzt Dr **Reye**. 15) **Marsberg**, Volontairarzt, katholischer Confession. Meldungen bei dem Director Dr. **Koster**. 16) **Uckermünde** in Pommern, Assistenzarzt, 1000 Mark und freie Station. 17) **Görlitz** (Privat-Irrenanstalt des Dr. **Kahlbaum**), Assistenzarzt, 1. Juli. 18) **Stephansfeld** (Elsass), Assistenzarzt, sofort, 900 M., fr. Stat. 19) **Hofheim** (Hessen), II. Assistenzarzt, 1600 M. freie Station. 1. Juli. 20) **Pirna** (Privat-Irrenanstalt des Dr. **Lehmann**) Assistenzarzt 1. Juni 120 M. per Monat fr. Station — 21) Die **Kreisphysicate**: **Adenau** (Coblenz), **Ahrensburg** (Schleswig) **Bochum** (Bochum), **Bublitz** (Cöslin), **Erkelenz** (Aachen), **Goldap** (Gumbinnen), **Hanau** (Kassel), **Krossen** (Frankfurt a. O.), **Labiau** (Königsberg), **Landshut** (Liegnitz), **Mogilno** (Bromberg), **Obornick** (Posen), **Osterburg** (Magdeburg), **Osterode** (Königsberg), **Sensburg** (Gumbinnen), **Stuhm** (Marienwerder), **Wehlau** (Königsberg), **Wongrowitz** (Bromberg), **Wollstein** (Breslau).

Ernannt. Der Kreisphysikus Dr. **Peters** zu Obornick in gleicher Eigenschaft nach **Eisleben** (Mansfelder Kreis) versetzt. — Medicinalrath Dr. **von Hesse** in Darmstadt zum Kreisassistenzarzt des Kreis-Gesundheitsamtes daselbst.

Ehrenbezeugungen. Dr. **Bertelsmann**, Arzt an der Anstalt für Epileptische zu **Bielefeld** zum Sanitätsrath ernannt.

An die Herren Mitarbeiter

richten wir die ergebenste Bitte bei den Manuscripten nur eine Seite zu beschreiben; ferner bitten wir, im Falle über die von hier zugesandte Literatur nicht binnen 14 Tagen referirt werden kann, die Literatur sogleich zurückzusenden, damit sie anderweitig vergeben werden kann. Einige Herren sind mit Referaten noch sehr im Rückstand; im Interesse der Sache ist eine baldige Einsendung dringend erwünscht.

D. Redaction.

Druckfehler.

Seite 179 Zeile 24 statt unverändert — **verändert**. Seite 180 statt ihre Fortsätze waren an — **an ihren Fortsätzen waren**. Zeile 84 statt auf — **auch**.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. 1. Juli 1880. Nro. 13.

INHALT.

I. Originalien.

Quaerulantenwahnsinn durch Quaerelen entstanden.

Forensisch-psychologische Mittheilung.

Von Sanitätsrath Dr. JULIUS SPONHOLZ in Salzschlirf.

Das in diesen Blättern (15. Febr. a. c. Beilage 1.) mitgetheilte interessante gerichtlich-psychiatrische Gutachten des Herrn Sanitätsrath Dr. Beckmann, Physikus in Harburg, erinnert mich an einen Ehescheidungsprocess, in dem von Seiten des Mannes wegen angeblicher geistiger Störung der Frau auf Scheidung geklagt ward, die Frau dagegen gesund zu sein behauptete und von Scheidung nichts wissen wollte, durch die lange Dauer des Streites aber nach Jahren in wirkliche Psychose verfiel.

Ich gebe im Nachstehenden aus der Erinnerung einige kurze Notizen über diesen Rechtshandel, der durch die Hartnäckigkeit mit welcher von beiden Seiten verfahren wurde, und wegen der unnachgiebigen Zähigkeit, mit der auf der einen Seite ein gesetztes Ziel verfolgt, und auf der anderen Seite an einem vermeintlichen Rechte festgehalten ward, nicht ohne Interesse ist.

Die Streitenden sind mecklenburgische Bauern, zwar ungebildete, beschränkte, aber durchaus rechtliche Menschen, bei denen die Eigenthümlichkeiten dieses Standes auf das Grellste hervortreten. Der wohlhabende Erbpächter N. in R., im Kloster-Amte Dobbertin, hatte in mittleren Lebensjahren nach dem Tode seiner Frau auf Zureden der Angehörigen, namentlich der einflussreichen Mutter, eine Schwester des Bauer C. wieder geheirathet. Unter dem Einfluss der schlauen, herschsüchtigen Mutter, die für den grossen Hausstand eine junge kräftige Stütze und ein fügsames Familienglied in der zweiten Frau suchte, hatte der geizige Mann, der nun ein Dienstmädchen sparte, und dafür eine wohlhabende Frau bekam, sich zu der Heirath bereden lassen und alle Bedenken unterdrückt. Vor der Hochzeit war er mit der Braut, obwol sie aus demselben Dorfe war, wol wenig in Berührung gekommen. Die Hufen lagen zerstreut auseinander und die Familie des N. lebte isolirt auf ihrem abgelegenen Gehöfte. Die Braut war eine rüstige kräftige Person, der Niemand etwas Nachtheiliges nachsagen konnte. Beschränkt und einfältig waren Beide und in gleicher Weise unbeugsam und hartnäckig, wie sich, wider Erwarten der Schwiegermutter, später auch bei der jungen Frau herausstellte. Die alte Mutter hatte geglaubt beide Ehegatten zu beherrschen und die junge, in ihrem Wesen etwas alberne Schwiegertochter anleiten und nach ihrem Willen lenken zu können. In der Letzteren hatte sie sich getäuscht. *Bald* nach der Hochzeit war Uneinigkeit ausgebrochen und von seiner Seite auf Scheidung geklagt, von Seite der Frau war aber das Verlangen auf Fortsetzung der Ehe entgegen gehalten. Als Grund ward von dem Manne angegeben: „sie sei närrisch (gestört), er könne sie nicht brauchen.“ Das Gericht ging auf dieses Vorgeben ein und im Sommer 1844 ward mir, der ich damals Kloster-Amts-Arzt war, die Frau zu gerichts-ärztlicher Untersuchung überwiesen. Mein Erachten fiel dahin aus, dass bei der schwachen, einfältigen Person eine Geistesstörung nicht wahrzunehmen und eine Aenderung dieses Zustandes seit der Verheirathung im hohen Grade unwahrscheinlich, sie also für zurechnungsfähig zu erachten sei. Der Process ging Jahre hindurch weiter, die Frau war zu ihrer Familie zurückgekehrt, es bestand faktisch eine Trennung. die Behörden, Kloster-Amt und Kloster-Amts-Gericht, wurden unablässig von der Frau, die ihr Recht suchte, überlaufen, der Mann setzte allen Vermittlungs- und Aussöhnungs-Versuchen die beharrlichste Weigerung entgegen, immer behauptend, „sie sei im Kopfe nicht recht.“ Im Verlauf des Processes ward nach fünf Jahren, im Sommer 1849, vom Kloster-Amts-Gericht mir die Frage vorgelegt: ob die Frau N. an partiellem Wahnsinn in Bezug auf ihre ehelichen Verhältnisse und ihren Process leide? Die Frau hatte die ganze Zeit im Hause

ihres Bruders gelebt, als Bauerfrau keinen Dienst angenommen, nur gelegentlich einige Hülfe in der Wirthschaft geleistet, die meiste Zeit sich mit ihrem Process beschäftigt und war von allen Seiten durch Fragen und Rathschläge immer auf denselben hingeleitet worden. Mit der gleichen Hartnäckigkeit, als der Mann seine Behauptung, hielt sie ihr Verlangen nach Fortsetzung der Ehe aufrecht. In demselben engen Ideenkreise, dass der Mann ihr angetraut, sie seine rechtmässige Frau sei und als solche Rechte habe, zu deren Erlangung die Obrigkeit ihr zu verhelfen verpflichtet sei, bewegte sie sich fortwährend, allen weiteren Vorstellungen unzugänglich. „Sie wolle ihren Mann haben," das war der Refrain. Im Uebrigen verhielt sich die Frau ganz, wie sie immer gewesen sein mochte, zeigte ausser einer gewissen Redseligkeit nichts auffälliges, war freundlich und verträglich mit Jedem, und in sexueller Beziehung hat sie nie ein Verdacht getroffen. Auf das Erachten, dass im Laufe der Zeit die beständige Beschäftigung mit derselben Vorstellung, das Verlangen nach dem Mann und nach ihrem Recht, die ohnehin dumme und ungebildete Person dahin gebracht habe, dass sie andern Vorstellungen und Gründen unzugänglich sei und dieselbe Vorstellung zwangsmässig wiederkehre, setzte das Gericht einen Curator, entschied auf vorläufige Trennung und Zahlung von Sustentationsgeldern Seitens des Mannes.

Diese Trennung hatte 5—6 Jahre gedauert, der Streit geruht, die Person war ziemlich beruhigt. Inzwischen waren Aenderungen in den leitenden Regionen Mecklenburg's eingetreten. Auf die politisch-erregten Jahre war die Reaction zum vollständigsten Siege gekommen, in dem Staatsminister v. Schrötter hatte das Land einen ausgesprochenen Verfechter dieser Richtung, einen eifrigen Anhänger der pietistischen Orthodoxie erhalten. Ehescheidungen sollten erschwert werden, nur nach „Schriftgründen" erfolgen. Alle Acten wurden revidirt und wo temporäre Trennung angeordnet war oder factisch bestand, da sollte der Versuch gemacht werden die Ehegatten zur Führung einer „christlichen Ehe" obrigkeitlich zu veranlassen, zu nöthigen. Auch bei diesem Paare sollte die Trennung aufgehoben und die Ehefrau Obrigkeitswegen dem Ehemanne in's Haus gebracht werden. Ob die Worte meines, unter dem Eindruck der eben publicirten (1849) „deutschen Grundrechte", die jeden Zwang in kirchlich-religösen Dingen ausschlossen, niedergeschriebenen Erachtens „man möge über den Zweck der Ehe eine Ansicht haben, welche man wolle, so könne jedenfalls nicht als Zweck derselben, zwei Menschen grundsätzlich und völlig Zeit lebens unglücklich zu machen, wie in diesem Falle sicher zu erwarten, hingestellt werden," besondere Veranlassung zu der Revision waren, muss dahin gestellt bleiben, Missfallen des Ministers hatte diese Auslassung gefunden und auf ein directes ministerielles Eingreifen ist das Folgende zurück zu führen.

Der obrigkeitliche Versuch die Eheleute zur Führung einer christlichen Ehe anzuhalten, ward nun in's Werk gesetzt. Der Landreiter setzte die Frau auf seinen Wagen, fuhr mit ihr zur Hufe des Mannes, stellte sie diesem in seinem Hause als seine Ehe-

frau vor, mit der er auf obrigkeitlichen Befehl von jetzt ab eine christliche Ehe zu führen habe. Schweigend hört der Bauer aus dem Munde des Landreiters den obrigkeitlichen Bescheid an, der Landreiter entfernt sich nach Vollführung seines Befehls. Die Frau setzt sich, Alles schweigt, Niemand beachtet sie oder legt ihr etwas in den Weg. Dies geht Stunden lang so fort, als sie Abends eines natürlichen Bedürfnisses wegen hinausgeht, schlagen die Thüren hinter ihr zu, sie steht im Regen in dunkler Nacht draussen, die Thür bleibt verschlossen, Rufen und Pochen ist vergebens, dasselbe hartnäckige Schweigen. Sie muss zu ihrem Bruder zurück. —

Von nun ab erschien die Person ohne Unterlass beim Amt und drang auf Einsetzung in ihre Rechte als Frau, wie die Obrigkeit ihr verheissen, und wie es ihr Recht sei.

Die vor 6 Jahren getroffene gerichtliche Entscheidung, dass sie nicht zu ihrem Manne zurückkomme, und dass der ihr gesetzte Curator die Einkassirung und Auszahlung der Sustentationsgelder für sie zu besorgen habe, musste bei ihr die Vorstellung erwecken, dass ihr Process verloren und die Sache zu Ende sei, dass nun, wie sie sich ausdrücken mochte, nichts weiter zu machen sei.

Diese Vorstellung der *Beendigung* der Streitsache hatte, wenn auch im Innern Zweifel an der Richtigkeit der Entscheidung Anfangs fortbestanden und von Zeit zu Zeit wieder lebendiger wurden, doch nach und nach eine *Beruhigung* zur Folge, eine Ergebung in das Unabänderliche. Die *Gewissheit* war gewonnen, und die Einwirkung der Zeit wäre zweifelsohne immer wohlthätiger geworden, das schmerzliche Gefühl verloren zu haben, hätte an Schärfe abgenommen, wäre geschwunden. Die durch die Sustentationsgelder gesicherte materielle Lage trug zu friedlicher Ergebung bei, war tröstlich, denn hierin sah sie eine Folge, eine äussere Anerkennung, ihrer einstmaligen Stellung als Frau.

Diese in den letzten Jahren mühsam erreichte Beruhigung war durch den Versuch der Wiedervereinigung verschwunden; sie sah in diesem Act nur die *Anerkennung* ihres Rechtes von Seiten der Obrigkeit und war von nun ab nur mit der *Erlangung* desselben beschäftigt, sie lief zu Amt, klagte, drängte, sprach nur von dieser Sache, forderte immer ungestümer zu ihrem Manne gebracht zu werden. Sie meinte jetzt, dass sie immer Recht gehabt habe, dass in dem bisherigen gerichtlichen Verfahren ihr dasselbe nur unrechtmässiger Weise vorenthalten sei, sie hoffte jetzt durch „die neuen Herrn“ von Tag zu Tag die Erlangung desselben, d. h. die factische Einsetzung als Hausfrau durch obrigkeitliche Gewalt zu erreichen. Für sie war der ganze Process wieder aufgelebt, ein anderes Interesse, als dieses, gab es für sie nicht, zu anhaltender, ablenkender Arbeit hatte sie keine Ruhe.

Die Unterscheidung, dass nur ein *Versuch zur Aussöhnung*, nicht die Ausführung eines richterlichen Spruches unternommen, lag ihr ganz fern, war ihr durch keine Vorstellungen, Erklärungen, Bescheide beizubringen. Auch dass ihre Klagen und ihr Drängen bei dem Chef der Verwaltung, nicht beim Richter angebracht wurden, war ihr nicht klar, sie wollte nur, dass „die Herren ihre Sache vor-

nähmen und sie ihr Recht bekäme". Sie *musste* eben zu Amt und „den Herren" dies sagen. Den $1\frac{1}{2}$ Meilen weiten Weg zum Amtssitz machte sie wöchentlich 1 oder 2 Mal, harrte Stunden lang auf Gehör. Für Arbeit waren diese Tage gewiss verloren.

Dies ging eine Reihe von Jahren so fort, der Quaerulanten-Wahn war ausgebildet und der letzte Rest geistiger Gesundheit geschwunden.

Wie weit sexuelle Erregung von Einfluss gewesen, ist nicht nachzuweisen, doch ist gewiss ein begünstigendes Moment darin zu finden, dass die Unglückliche, obwohl verheirathet, *nie* geschlechtlichen Umgang, weder mit dem Ehemanne, noch höchst wahrscheinlich mit einem andern Manne jemals gehabt hat. Das *gänzliche Schweigen* ihrerseits über den körperlichen Zustand des Mannes, sowohl vor Gericht, als ausserhalb, und das Ausbrechen des Streites *bald nach der Hochzeit* geben über diesen Punkt genügend Licht, beweisen ihre Unwissenheit, wie ihre Nichtbefriedigung.

Zuletzt war ihr Zustand der Art, dass bei Niemand mehr ein Zweifel über den geistig kranken Zustand der Unglücklichen bleiben konnte, sie war und blieb von fixen Wahnideen beherrscht, die aus dem Process entsprungen. —

Nach vielen Jahren (1870) ward ich als Arzt zu dem kranken Bauer gerufen und entdeckte nun den eigentlichen Zusammenhang. Was war der eigentliche Grund des Haders? Eine colossale, bis zu den Knien herabhängende hernia scrotalis, die dem Mann jeden Verkehr mit der Frau unmöglich machte. Sorgfältig hatte er *vor Jedem* 25 Jahre hindurch sein Uebel verheimlicht, desshalb immer einen altväterischen, langen, bis auf die Hacken reichenden Rock getragen. Um die junge, kräftige Frau, die er sich aus Geiz hatte aufreden lassen, wieder los zu werden, gab er sie, wahrscheinlich auf Anstiften der Mutter, die von seinem Uebel nichts wusste, für närrisch aus und verschwieg hartnäckig seinen Zustand, während die Gerichte sich mit der Entscheidung seiner Angabe bemühten.

Es erinnert dies an die nicht gar seltenen Fälle, wenn junge, kinderlose Frauen in die Behandlung von Gynäkologen kommen und obwohl sie ganz gesund, allerlei Curen unterzogen werden, während die schuldigen Männer unberücksichtigt bleiben. Wenn ganz neuerlich ein berühmter Specialist (Kehrer) 34% der Fälle den Frauen abnimmt, und den Männern die Schuld zuweiset, so verdient dies gewiss Beachtung.

Hierher gehört auch eine Aeusserung, die ich vor 40 Jahren als Student in Rostock in „Wichmann's Ideen zur Diagnostik, herausgegeben von Leibmedicus Sachs in Schwerin" in einer Anmerkung des Letzteren gelesen. „Lange konnte ich die Melancholie einer Dame „nicht begreifen, bis sie mir nach Jahren klagte, dass sie nach 6 jähri„ger Ehe noch Jungfrau sei. Lange musste ich arbeiten mit rein stär„kenden Mitteln, Eisen, Eiern, Einwicklungen in Lammfell u. s. w. „bis drei muntere Sprossen den Triumpf der Kunst feierten und nun „jede Melancholie schwand." — So schrieb man damals. Aber der alte Schlaukopf kam auch ohne speculum auf die richtige Fährte, die unser Bauer 25 Jahre zu verheimlichen wusste.

II. Referate.

160) **G. Fischer:** Ueber Meningitis spinal. chronica und verwandte Zustände.

(5. ärztl. Semestralbericht der Privatheilanstalt Maxbrunn. 1880.)

Seit dem Bestehen der Anstalt Maxbrunn hat Verf. regelmässige Berichte mit einzelnen wichtigeren Krankengeschichten geliefert; in dem vorliegenden Heftchen gibt er eine Zusammenstellung von Fällen, die sich auf die Meningitis spinal. chron. beziehen, welche in diagnostischer Beziehung von Interesse sind, da die electr. Verhältnisse eingehender besprochen sind und jedem Falle eine epicritische Beleuchtung folgt. Sectionen konnten des glücklichen Ausgangs sämmtlicher Fälle wegen nicht vorgenommen werden. Wir greifen von den 10 mitgetheilten Krankheitsbildern kurz die vorzüglicheren heraus.

Schreiner W., 47 Jahre alt, plötzlich ohne nachweisbare Ursache taubes Gefühl vom Damm und der Gegend der Glutaeen ausgehend, sich auf die Unterextremität erstreckend. (12. Dec. 77.) 12. Jan. 78 lähmungsartige Schwäche der Beine, Druck im Epigastrium. Stat. praes. 1. März 78. Druckschmerzen am 7. Brustwirbel, schmerzhafte Sensationen an den Lendenwirbeln und im Kreuz. Gang schleppend, nicht atactisch. Tastkreise an beiden Beinen erweitert, pelziges Gefühl am Unterleib (Gürtel), hier die Tastkreise bedeutend herabgesetzt, Motilität namentlich im Bereiche des Ischiad. geschwächt, fibrilläre Zuckungen im glut. max. Patellarreflexe beiderseitig gesteigert.

Nerv. crur. farad. links RA. 4,0
galv. 20 El. KSZ.
24 KSZ.
AÖZ fehlt.

Nerv. quadriceps links farad. kaum erregbar.
galv. 50 El. KSZ.
ASZ > KSZ.
AÖZ fehlt.

Die hier vorliegende Entartungsreaction führt zur Frage, ist dieselbe Folge einer Laesion der Vorderwurzeln durch ein meningitisches Exsudat (also Symptom einer peripheren Lähmung) oder entstand sie durch eine concomittirende Poliomyelitis anterior, also einen spinalen Process? Der Grundcharakter des Falls, sagt Verf., ist zweifellos ein meningitischer. Die Annahme einer Ernährungsstörung im Bereiche der grauen Substanz hat nichts gezwungenes und würde vielleicht auch erklären, wie bei der bestehenden Parese des quadriceps die Sehnenreflexe normal und sogar gesteigert sein konnten. —

Landbürgermeister T. 45 Jahre alt, aus hereditär belasteter Familie, im Jan. 79 fieberhaft erkrankt, Schwäche in Armen und Beinen, Oedem der Unterschenkel. Bei der Aufnahme allgemeine, leichte Muskelparese der Beine, Patellarreflexe beiderseits undeutlich, leichtes Oedem der Unterschenkel.

Elect. Expl. N. peron.
Farad. E. sehr gering.

	Rechts	Links
Galv.	KSZ 18 El.	15 El.
	ASZ 27	23
	AOZ 22	
	AOZ > ASZ.	

M. tib. ant.
Far. E. aufgehoben.

	Rechts	Links
Galv. E.	KSZ 30 E.	18 E.
	ASZ 25	23
	AOZ fehlt	fehlt
	ASZ > KSZ.	

Differentiell-diagnostisch tritt hier die Erage auf, ob Meningitis spinalis, oder irgend eine acute Form der Myelitis; gegen erstere spricht der Mangel von Rückenschmerzen und Paraesthesien, gegen Myelitis das gleichzeitige Auftreten der Erscheinungen in allen 4 Extremitäten. Am gerathensten scheint es dem Verf. eine Myelo-Meningitis anzunehmen. Von diagnostischem und therap. Interesse ist Fall 6, ein Beamtenkind T., 9 Jahre alt, betreffend. Zugegangen den 11. Juli 78. Profuses Nasenbluten, diffuser Ausschlag gingen den im Dez. 77 auftretenden heftigen Schmerzen in beiden Armen vorher; Jan. 78 heftige Genickschmerzen. Fieber, Starre der Nackenwirbelsäule, Contracturen im Cucullaris, keine Herzerscheinungen trotz der Hypertrophie des Organes. Beweglichkeit in den Gliedern soll vollständig vorhanden gewesen sein. Es traten dann Nachts Krämpfe in den Beinen auf, rasch fortschreitende Lähmung, Masernexanthem, Steifigkeit in den Gliedern.

Stat. praes. Hochgradige Abmagerung, Opisthotonus der Nackenwirbelsäule, bedeutende Herzhypertrophie, Füsse in pes-equinusstellung. Arme und Beine vollständig steif, starke Schmerzhaftigkeit bei Bewegung des Halses. Willkürliche Bewegungen fast vollständig aufgehoben. Keine Muskelatrophie, Sehnenreflexe überall gesteigert. Electr. Explorat. der ungemein gesteigerten Reflexe wegen sehr erschwert. An den weniger empfindlichen Armen normale Verhältnisse, später auch an den Beinen zu constatiren. Sensibilität normal. Behandlung $^1/_2$ stündliche 28° warme Bäder. Nach 14 Tagen willkürliche Motilität im Ulnarisgebiet, Reflexkrämpfe werden allmälich geringer später nur noch gesteigerte Patellar-Reflexe; Kyphose des Halstheils der Wirbelsäule. In der epicrit. Betrachtung betont Verf., dass Anfangs unzweifelhaft ein Meningitis cervicalis bestand; dann Verschlimmerung, Contracturen, Lähmungen, Reflexkrämpfe. Erklärt wird nach Verf. der zuletzt vorhandene Zustand, wenn man mit Rücksicht auf die Erb'sche spastische Spinalparalyse, eine chronisch secundäre Myelitis oder eine sonstige Ernährungsstörung im Bereiche der Pyramiden-Seitenstrangbahnen als Folge der anfänglichen Meningitis annimmt, und als Folge dieser Herderkrankung eine secundäre, absteigende Degeneration der Seitenstränge.

Zwei Fälle von Erschütterung bei Eisenbahnunfällen geben Verf. Veranlassung zu bemerken, dass man pathologisch nicht be-

rechtigt sei, eine eigene Klasse von Rückenmarkserkrankungen als „railwayspine" anzunehmen, wie man es in England zu thun pflege. Civilrechtlich und forensisch ist es allerdings berechtigt, specielle Bedeutung diesen Fällen beizulegen, da es vorkommt, dass direct nach dem Unfall noch vollständige Euphorie besteht, und dass sich die Symptome nach einiger Zeit schleichend entwickeln. Die Fälle selbst bei denen die meningitischen Symptome vorwiegen, möge man im Originale nachlesen. Den Abschluss von Verf. Krankengeschichten bildet ein Fall, dessen Diagnose schwankt zwischen Neurasthenia spinalis und leichter Meningitis.

Ganz kurz recapitulirt Verf. am Schlusse, was aus seinen Fällen allgemein sich ergibt. Aetiologisch bieten sie nichts Neues, symptomatisch tritt die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen in den Vordergrund. Einigermassen dunkel sind die Beziehungen zwischen Sehnenreflexen, Lähmung und electr. Reaction. Differentiell-diagnostisch sind die Krankheitserscheinungen vorwiegend von Interesse; sie zeigen den Unterschied von Meningitis und Myelitis, von Seiten- und Hinterstrangsclerose, der blossen Hyperaemie des Rückenmarkes und seiner Häute und der Neurasthenia spinalis. Zum Studium der einzelnen Fälle, die nicht alle vorgeführt werden konnten, sei auf das Original verwiesen, wir haben gesehen, dass Verf. sich bemüht, sein Material nach Kräften auszunutzen.

Goldstein (Aachen).

---

161) **O. Berger** (Breslau): Die Beschäftigungsneurosen. Schreibekrampf und verwandte Krankheitsformen.

(Sep.-Abdr. a. d. Real-Encyclopädie der Ges. Heilkunde, herausgegeb. von Prof. Dr. A. Eulenburg. Wien & Leipzig 1880.)

Wie schon im Titel ausgedrückt ist, beschäftigt sich die vorliegende monographische Bearbeitung der Beschäftigungsneurosen vorwiegend und in detaillirter Weise nur mit dem Schreibekrampf, während die andern Formen dieser Gruppe nur mehr anhangsweise Erwähnung resp. eine ganz kurze Besprechung finden. Vf. stützt sich unter selbstverständlicher Berücksichtigung der Literatur auf 64 eigene Fälle von Schreibekrampf, welche sämmtlich wie bei der *Aetiologie* hervorgehoben wird, Männer betreffen. Vf. meint überhaupt, dass die vereinzelten Fälle von Erkrankungen weiblicher Personen mit seltenen Ausnahmen nicht hierher gehören, da hier die Erschwerung des Schreibens nur als eine Theilerscheinung mit diffuseren Störungen aufgefasst werden muss. Hinsichtlich des Alters zeigen die Fälle des Verf's folgende Vertheilung:

Beginn der Erkrankung im Alter von 20—30 J. in 24 Fällen.
„ „ „ „ „ „ 30—40 „ „ 12 „
„ „ „ „ „ „ 40—50 „ „ 16 „
„ „ „ „ „ „ 50—60 „ „ 7 „
„ „ „ „ „ „ 60—70 „ „ 5 „

64 Fälle.

Danach erscheint das jugendliche Mannesalter von 20–30 J. besonders disponirt. Vor dem 20. Lebensjahre soll nach Verf. das Leiden nicht vorkommen. (Ref. kann hier nicht umhin zu bemerken,

dass er in der allerjüngsten Zeit einen 18jährigen Schreiber mit einer — allerdings noch nicht sehr hochgradigen — reinen spastischen Form des Schreibekrampfes beobachtet hat.) Vf. weist bei der Entwickelung des Sch. der „neuropathischen“ Prädisposition eine hervorragende Rolle zu; in 26 von seinen Fällen bestanden anderweitige nervöse Störungen die als centrale Functionsanomalien aufgefasst werden mussten, wogegen die übrigen 38 Fälle derartige prädisponirende Ursachen nicht erkennen liessen. Dagegen fand sich in diesen eine Reihe, in welchen anderartige auf das Nervensystem schädlich einwirkende Momente notirt sind, vor Allem alkoholische und geschlechtliche Excesse speciell auch Onanie. Bei zwei jugendlichen Individuen (beides Schreiber) wurde nach Beseitigung letztgenannter Schädlichkeit dauernde Herstellung beobachtet. Als hauptsächlichste *directe* Ursache sieht Vf. die Ueberanstrengung durch vieles und anhaltendes Schreiben an, und wird hier die grössere Disposition der professionsmässigen Schreiber gegenüber Gelehrten und Schriftstellern von Fach hervorgehoben. Als ausnahmsweise vorkommende directe Ursachen werden Erkältung, Bleiintoxication, traumatische Schädlichkeiten, ferner auch Neuritis einzelner Armnerven erwähnt. Jedenfalls müssen derartige, wenn auch seltene Vorkommnisse dazu veranlassen, in jedem einzelnen Falle auch nach etwaigen localen Krankheitsursachen zu forschen. Dass auch allerlei andere Dinge, wie unbequeme Stellung beim Schreiben, fehlerhafte Haltung der Feder, schlechte Beschaffenheit derselben — Vf. will überhaupt einen gewissen Zusammenhang zwischen der allgemeinen Einführung der Stahlfeder und dem Häufigerwerden des Schreibekrampfes nicht ganz von der Hand weisen — etc. etc., besonders auch in prophylactischer Beziehung nicht zu vernachlässigen, wird gewiss mit Recht hervorgehoben.

In Betreff der *Pathogenese* handelt es sich nach Vf. am wahrscheinlichsten um Functionsanomalien — gesteigerte oder verminderte Reizbarkeit, abnorme Erschöpfbarkeit, Störungen der Leitungsfähigkeit — der centralen Coordinationscentren oder Verknüpfungsstätten, oder ihrer centripetalen oder centrifugalen Faserverbindungen. Für die *centrale* Alteration spricht auch, dass in vielen — aber nicht allen — Fällen dieselben Störungen sehr bald auch in der linken Hand auftreten, wenn die Kranken gelernt haben, diese zum Schreiben zu gebrauchen. Die reflectorische Entstehung lässt Vf. nur für vereinzelte Fälle zu.

Bei Besprechung der *Symptomatologie* wird u. A. bemerkt, dass in zahlreichen Fällen selbst vorgeschrittene Erkrankung die Bewegungsstörungen im Beginne des Schreibens am stärksten auftreten, und sich bei weiterer Fortsetzung schliesslich so vermindern, dass das Schreiben oft nach einer oder mehreren Stunden relativ ungestört möglich ist. Gegenüber Benedikt führt B. an, dass der am Sch. Leidende nicht gleichzeitig zu allen verwandten coordinirten Bewegungen (Clavierspiel, Geigenspiel etc.) unfähig wird. Die characteristischen Motilitätsstörungen werden nach der zuerst von Benedikt aufgestellten Eintheilung in die drei verschiedenen Formen: die *spastische*, die *tremorartige* und drittens die *paralytische*

geschieden. Besonders die zweite und noch häufiger die dritte kommen isolirt vor; oft genug allerdings finden sich verschiedenartige Combinationen dieser drei Formen. So gesellt sich zu der an und für sich häufigsten spastischen Form nach kürzerer oder längerer Zeit Tremor hinzu, seltener umgekehrt. Unter den 64 Fällen fanden sich 24 rein spastische, 10 von Schreibelähmung und 8 von Schreibezittern, die übrigen 22 waren Combinationen. Krampfhafte Störungen einzelner Muskeln fanden sich überhaupt in 34 Fällen notirt, in den übrigen fehlten locale Spasmen im engeren Sinne. Nach Anführung der bekannten sensibeln und der vasomotorischen Störungen (subjective und objective Kälte mit Blässe und dem Gefühl des Absterbens bisweilen mit objectiv nachweisbarer transitorischer Anästhesie innerhalb der betroffenen Gebiete- (Anaesthesia angiospastica —) wird noch in Betreff der meist ziemlich normalen Ergebnisse der electrischen Untersuchung bemerkt, dass sich in vereinzelten Fällen Entartungsreaction finde.

In Betreff des *Verlaufs* und der *Prognose* äussert sich B. nicht günstiger als alle erfahrenen Beobachter. Der Ausgang in vollständige Genesung oder sehr erhebliche und anhaltende Besserung ist nicht unmöglich, aber i. G. äusserst selten. B. hat in 5 Fällen von bereits seit Jahren andauerndem Schreibekrampf definitive Heilung beobachtet.

Für die *Diagnose* verlangt Vf. möglichstes Individualisiren sowohl in Betreff der ätiologischen Momente, wie etwa vorhandener das Schreiben erschwerender Umstände, wie auch die Feststellung der Nerven- und Muskelgebiete, in denen sich die krankhaften Zustände abspielen. Man wird so unter Umständen auch die Handhabe für rationelle und richtig localisirte therapeutische Massnahmen gewinnen.

Für die *Therapie* fordert Vf. zunächst möglichst absolute Abstinenz vom Schreiben. Vorübergehenden Erfolg hat derselbe von Aetherirrigation der Hals- und Brustwirbel und von längerem Tragen des mit kaltem Wasser gefüllten Chapman'schen Schauches gesehen; ferner eine nicht unwesentliche Besserung durch mehrmonatlichen Gebrauch einer Combination von Argentum nitric. und Extr. nuc vomic., und in zwei Fällen von Jodoform. „Das weitaus „wichtigste und relativ wirksamste therapeutische Agens ist nach „den übereinstimmenden Angaben der Autoren die *Electricität*." Sehr starke Inductionsströme werden unbedingt verworfen, und überhaupt die grosse Prävalenz des galvanischen Stromes über den faradischen in der Behandlung des Schr. hervorgehoben. B. benutzt gewöhnlich *stabile* Ströme von mässiger Stärke in der Weise, dass der positive Pol in den Nacken und der negative theils in die Fossa supraclavicularis, theils auf die erkrankten Nerven und Muskeln des Armes applicirt wird; Sitzungsdauer 5—10 Minuten täglich oder einen Tag um den andern. Neben der Electricität empfiehlt B. vor Allem allgemeine und locale *hydrotherapeutische* Proceduren, *Massage* und *Gymnastik*, ganz besonders die letztere.

Der palliative Vortheil der verschiedenen *mechanischen Vorrichtungen* zur Erleichterung des Schreibens wird zugegeben, die *Te-*

notomie verworfen, dagegen die Möglichkeit, dass für manche Fälle die Operation der *Nervendehnung* von Erfolg sein möchte, ausgesprochen.

Bei der wie schon angeführt, ziemlich summarischen Abhandlung der übrigen Formen der Beschäftigungsneurosen finden sich einige interessante casuistische Beiträge, die in der Arbeit selbst nachgelesen werden müssen.

Dehn (Hamburg).

---

162) **A. Vulpian**: De l'influence de la faradisation localisée sur l'anesthésie de causes diverses.

(Paris O. Doin. 1880.)

Im Jahre 1875 hatte Vulpian gezeigt, dass man bei Kranken welche an cerebraler Hemianaesthesie leiden, die Empfindungslosigkeit der ganzen Körperseite rasch beseitigen kann, wenn man die Haut an einer umschriebenen Stelle hinreichend stark faradisirt. (Arch. de phys. et path. 1875, t. VII. p. 877). Seitdem hat er Gelegenheit gehabt, ähnliche Erfolge bei einer Reihe Hemianästhetischer, deren Affection theils organischen, theils functionellen Störungen entsprach, zu beobachten. Die Wirkung der cutanen Faradisation war nicht immer so rasch wie in jenen ersten Fällen, aber der günstige Einfluss der Methode war auch in den Fällen nicht zu verkennen, wo nur langsame Besserung eintrat. Nicht nur die Anästhesie wurde gebessert, auch die motorische Lähmung, ja auch zuweilen die Aphasie und der intellectuelle Torpor. Das Verfahren bestand in allen Fällen darin, dass die Streckseite des anästhetischen Vorderarms, dessen Haut möglichst trocken gemacht war; in der Ausdehnung von 5—10 □-Cm. mit dem electrischen Pinsel sehr kräftig bearbeitet wurde.

Als Beleg seiner Behauptungen theilt Verf. sieben Beobachtungen mit.

Fall. I. Monoplegie des rechten Arms mit Anästhesie. Faradische Behandlung. Heilung. Es handelt sich um einen 18 jähr. Menschen, welcher in seiner Jugend an Scrophulose gelitten hatte. Am 18. August 1878 war er, nachdem er mehrere Tage lang heftigen, besonders linksseitigen Kopfschmerz gehabt, von einem apoplektischen Anfall heimgesucht worden. Derselbe dauerte 20 Minuten, und als der Kranke wieder zu sich kam, war sein rechter Arm complet gelähmt. Abgesehen von einer leichten 2 tägigen Aphasie beschränkte sich die Lähmung von Anfang an auf dieses Glied. Der Arm war bewegungs- und empfindungslos; die Anästhesie erstreckte sich bis zum Anfang des Halses und der Mitte des Schulterblattes. Der Kranke wurde zuerst mit dem unterbrochenen Strome, mit Silbersalpeter und Goldchloridnatrium behandelt, ohne bemerkliche Besserung. Dann wurde der constante Strom angewandt und allmählig stellte sich die Empfindlichkeit der Schulter und der obersten Armpartie in geringem Grade wieder her, auch wurden Bewegungen einzelner Finger beobachtet. Am 31. December began man mit der cutanen Faradisation und gab Jodkalium.

Eine rapide Besserung trat ein. Von der Schulter aus wurde die Haut sensibel d. h. die Empfindlichkeit nahm stetig vom Centrum nach der Peripherie zu. Während der Vorderarm faradisirt wurde empfand der Kranke ein lebhaftes Prickeln in der Schultergegend. Die Motilität und Kraft besserte sich gleichmässig mit der Sensibilität. Am 27. Februar 1879 konnte sich der Kranke der rechten Hand ebenso gut wie der linken bedienen. Nur war die Kraft etwas geringer und die Abduction des Daumens beschränkt. Pat. wurde als geheilt entlassen.

V. neigt zu der Ansicht, dass es sich in diesem Falle um eine Blutung in das Armcentrum der Hirnrinde gehandelt habe, verhehlt sich aber die Schwierigkeit nicht, welche dieser Auffassung die complete Anästhesie des Armes macht. Er glaubt, dass in der Umgebung einer Neubildung Hyperämien stattgefunden haben, deren eine die Hämorhagie veranlasste. Den Erfolg der Behandlung schreibt V. dem elektrischen Pinsel zu. Wenn eine Herdläsion des Gehirns nicht zu ausgedehnt ist, möge sie zahlreiche nervöse Elemente unversehrt lassen, welche die zerstörten vertreten können. Diese Vertretung jedoch wird erst allmählig möglich. Die betreffenden Elemente bedürfen einer langdauernden Anstachelung, um die Function der zerstörten Hirntheile zu übernehmen. Es sei nun wahrscheinlich, dass die methodische Reizung der Enden der gelähmten Nerven, welche zum cerebralen Centrum und dessen Umgebung fortgeleitet werde, die fraglichen Theile aus dem Zustande der functionellen Lethargie erwecke und sie veranlasse, ihre neue Rolle zu übernehmen.

Fall II. Herdläsion der rechten Hirnhälfte. Wenig ausgesprochene, linksseitige Hemiplegie. Complete Hemianästhesie derselben Seite, die Sinnesorgane inbegriffen. Neuralgischer Schmerz in der linken vorderen Brusthälfte. Zittern der gelähmten Muskeln. Behandlung durch die cutane Faradisation. Heilung.

Ein 45 jähriger Arbeiter, hisher in jeder Richtung gesund, war am 13. März 1879 von einer Apoplexie befallen worden. Als er wieder zu sich kam, war er etwas schwindlich und bemerkte eine Schwäche der linken Körperhälfte, die Sprache war nicht gestört. Bald machte ein ungemein heftiger Schmerz in der linken vorderren Thoraxhälfte sich geltend. Hauptsächlich desselben wegen trat er 14 Tage später in das Hospital ein. Hier ergab die Untersuchung Schleppen des linken Fusses, Schwäche und Ungeschicklichkeit der linken Hand, complete und totale Anästhesie der linken Körperhälfte, Verlust des Geschmackes, Abschwächung des Gesichtes links. Der Pat. klagte sehr über seinen Brustschmerz, dieser war andauernd, wurde unerträglich bei Bewegungen. Zeitweilen wurde Zittern der paretischen Glieder bemerkt. Es wurden Strychninpillen (0,001 täglich 4 mal) verordnet und die Haut des Vorderarms wurde faradisirt, später bekam der Pat. auch Jodkalium. Nachdem der Brustschmerz vergeblich mit Morphiuminjectionen bekämpft worden war, wurde bei der Faradisation die eine (schwammförmige) Elektrode auf die schmerzhafte Stelle aufgesetzt. Allmählig trat Besserung ein. Zuerst erschien die Sensibilität in der Hohlhand

und in der Hüftgegend wieder, später am Vorderarm und Arme am spätesten im Gesicht und am Fuss. Der Schmerz verlor sich mehr und mehr, Hand und Fuss wurden kräftiger, das Auge besserte sich. Am 11. Mai bestanden noch einzelne anästhetische Stellen an den linken Glieder, in der linken Gesichtshälfte, der Gang war sicher, die Kraft der Hände nahezu gleich. Der Kranke betrachtete sich als geheilt und ging ab.

V. glaubt auch in diesem Falle eine Hirnblutung annehmen zu sollen, schwankt bezüglich der Lokalität zwischen hinterer innerer Kapsel und Hirnschenkel, neigt aber dazu, sich für letzteren zu entscheiden. Das Resultat der Behandlung war zufriedenstellend, da eine nahezu vollständige Heilung in $2^1/_2$ Monaten erzielt wurde. Der Einfluss der Faradisation war unleugbar, nach jeder Sitzung wurde ein mehr oder weniger ausgesprochener Fortschritt der Motilität oder der Sensibilität oder beider constatirt. In diesem Falle machte sich der günstige Einfluss der Elektricität nicht nur in dem direct behandelten Arm geltend, sondern auch im Bein, welches nie elektrisirt worden war. Nichts destoweniger will V. der Elektricität nur die Stelle eines die Naturheilung unterstützenden Hilfsmittels zuerkennen, gemäss der langsamen und unregelmässigen Wiederkehr der Sensibilität.

Fall III. Apoplektischer Anfall. Unvollständige Hemiplegie mit completer Hemianästhesie der rechten Seite. Beträchtliche Besserung durch die Faradisation.

Hier handelte es sich um einen 62 jähr. Mann mit atheromatösen Arterien. Die Anästhesie erstreckte sich nicht auf die Specialsinne. Die Faradisation hatte im Anfang einen entschiedeneren Einfluss auf die Anästhesie als bei den vorigen Kranken, d. h. nach der ersten Sitzung wurde der ganze Arm vorübergehend sensibel, indessen das Resultat der Behandlung war im Ganzen weniger zufriedenstellend. Die Anästhesie bestand noch, wiewohl weniger ausgesprochen, beim Austritt des Kranken, einen Monat nach Beginn der Behandlung und, als der Kranke 2 Monate später sich zur Consulation vorstellte, war sein Zustand so schlecht als er je gewesen.

In den beiden nächsten Beobachtungen handelt es sich um saturnine Hemianästhesie.

Fall IV. Bleivergiftung. Complete Anästhesie der rechten Seite mit Inbegriff der Specialsinne. Leichte Anästhesie der linken Seite. Behandlung durch Faradisation einer begränzten Region des rechten Armes. Heilung.

Ein 28 jähr. Arbeiter einer Spiegelfabrik, welcher viel mit Mennige gearbeitet hatte und seit 3 Jahren in jener Fabrik war, trat am 8. Mai 1878 ein. Vor 2 Monaten hatte seine Krankheit mit Schmerzen in den Fussgelenken begonnen. Nach 3 Wochen wurden auch die Kniee und dann die ganze Beine schmerzhaft. Insbesondere hatte er heftige nächtliche Schmerzanfälle. Die Kraft der Beine war geschwunden, ebenso der Appetit, der Kranke hatte andauernden Metallgeschmack und magerte ab. Es traten Kolikanfälle mit Verstopfung ein. Rechtsseitiger Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen plagten in letzter Zeit den Kranken.

Die Untersuchung des herabgekommenen Kranken ergab einen schwärzlichen Zahnfleischrand, Parese der Extensoren der Finger und Hände, vorwiegend rechts, mit erhaltener elektrischer Contractilität, Schwäche des rechten Beins, rechtsseitige Hemianästhesie Abstumpfung der Sensibilität links. Die Empfindlichkeit der rechten Zungenhälfte, die Sehschärfe des rechten Auges, (es bestand Dyschromatopsie) das Gehör des rechten Ohres waren vermindert. Das Tast- und Temperaturgefühl war rechts aufgehoben, starker Druck wurde als Berührung empfunden, die elektro-muskuläre Sensibilität war nur abgeschwächt. Es wurden angewandt Schwefelbäder, Jodkalium und localisirte cutane Faradisation. Letztere stellte nach jeder Sitzung die Sensibilität partiell wieder her. Von Tag zu Tag schritt die Besserung fort und nach ungefähr 2 Monaten war der Kranke nahezu geheilt.

Bei der staturninen Hemianästhesie sind die supponirten Läsionen der hinteren inneren Kapsel im Allgemeinen nicht beträchtlich und leicht zu beseitigen. Es kann daher hier die Wirkung der localisirten cutanen Faradisation der eines Magneten verglichen werden, durch welchen ebenfalls Erfolge erzielt worden sind. Dass jedoch auch hartnäckige Fälle vorkommen, beweist die folgende Beobachtung.

Fall V. Ein 33 jähr. Zimmermaler, der sein Gewerbe im Alter von 12 Jahren begonnen hatte, war mit 27 Jahren zuerst von einem Kolik-Anfall heimgesucht worden, 5 Monate später vom zweiten. Er hatte an häufigen Kopfschmerzen, Magendarmkatarrh, Schwäche des linken Beines und linken Auges gelitten. Später hatte sich Parese und Anaesthesie des linken Armes eingestellt. Am 23. Januar 1879 trat er in die Charité ein. Man constatirte eine beträchtliche Abnahme der Kraft der Arme, besonders links, keine Extensorenlähmung. Haut und Muskeln des linken Armes und Beines waren vollkommen anästhetisch. Die linken Sinnesorgane waren sehr geschwächt. Die Sensibität der rechten Seite war nur abgestumpft. Kopfschmerz, Schwindel, Gliederweh. Verordnet: Schwefelbäder, Jodkalium, localisirte cutane Faradisation. Nach den ersten elektrischen Sitzungen erschien an einigen Partien der linken Hand die Sensibilität wieder, doch bald trat der alte Zustand ein und erhielt sich kleine Schwankungen abgerechnet unverändert. Oft wiederholte Injectionen von Pilocarpin, Cauterisation der Halswirbelsäule, energische Anwendung des constanten Stromes, Application eines starken Magneten, alles half nichts. Am 14. April trat der Kranke aus und kehrte am 22. in gleichem Zustande wie bei der ersten Aufnahme zurück. Die Behandlung wurde wieder aufgenommen und bis zum 5. Mai fortgesetzt. Zu dieser Zeit war das linke Bein und der rechte Arm in ihrer ganzen Ausdehnung empfindlich, am linken Arme fanden sich sensible Inseln, im Ganzen jedoch war dieser anästhetisch geblieben.

Da die klinischen Charactere der saturninen Hemianästhesie dieselben sind wie die der hysterischen, so war auch bei der letzteren ein günstiger Einfluss der localisirten cutanen Faradisation zu erwarten. Diese Voraussicht bestätigte die folgende Beobachtung.

Fall VI. Hysterie. Hysterische Anfälle. Metrorhagie. Anästhesie des ganzen Körpers mit Ausnahme des Gesichts und der Sinnesorgane. Behandlung durch lokalisirte Faradisation einer Strecke zuerst des rechten, dann beider Vorderarme. Beträchtliche Besserung. Die Behandlung hatte hier keine unmittelbare Wirkung. Erst nach mehreren Tagen erschien die Sensibilität, erst stumpf, dann immer deutlicher, auf der rechten Körperhälfte und erst nach einem Monat begann auch auf der linken Seite die Anästhesie abzunehmen. Von da an wurde auch der linke Arm faradisirt, und nun machte die Sensibilität dieser Seite rasche Fortschritte. Während also die Wirkung, welche die cutane Faradisation einer umschriebenen Hautstelle hat, sich rach den Centren einer ganzen Hemisphäre mittheilen, die Empfindlichkeit einer ganzen Körperhälfte zurückrufen kann, erstreckt sie sich kaum auf die entgegengesetzte Hemisphäre. Die Krampfanfälle, denen die Kranke oft unterlag, zerstörten jedes mal einen Theil der erreichten Sensibilität, ohne doch den Fortschritt zum Besseren aufhalten zu können.

Um zu zeigen, dass in einzelnen Fällen von Anästhesie selbst die energischste und ausdauerndste Faradisation versagt, theilt V. die letzte Beobachtung mit.

Fall VII. Herpes zoster rechts unten am Thorax. Neuralgie und Anästhesie dieser Gegend. Lange Dauer der Krankheitserscheinungen nach Verschwinden des Herpes.

Ein 61. jähr. Mann welcher früher die 9. rechte Rippe gebrochen hatte, fiel auf die rechte Seite, während der Arm zwischen Thorax und Pflaster lag. Sofort stellte sich heftiger Schmerz in der rechten Seite des Thorax. ein. Am nächsten Tage Appetitverlust. Fieber, Eruption eines Herpes zoster an der verletzten Stelle. Der Schmerz wurde immer stärker und am 5. oder 6. Tage nach dem Beginne constatirte man ausgesprochene Anästhesie an den herpetischen Flecken und in deren Zwischenräumen. Der sehr starke Herpes heilte in gewohnter Weise ab, Schmerz und Anästhesie blieben. Der Schmerz war theils lancinirend theils zusammenschnürend und continuirlich. Nach 3 Monaten einer energischen Behandlung war der Zustand im Wesentlichen noch derselbe. Man hatte Injectionen von Morphium, von Chinin gemacht, man hatte Bromkalium, Chloralhydrat, salicylsaures Natron gegeben, man hatte die Haut oberhalb der Wirbelsäule gebrannt, man hatte endlich energisch sowohl den faradischen als den constanten Strom angewendet, alles umsonst.

Zum Schluss bemerkt V., dass zwar die von ihm gewählte Applicationsstelle am Vorderarm willkürlich sei, dass es sich aber auf jeden Fall empfehle, irgend eine Stelle der oberen Extremitäten zu wählen. Es handele sich darum eine Art Erschütterung im Gehirn zu erregen, dazu aber sei die Faradisation des Armes eher geeignet als des Beines oder Rumpfes, da bekanntermassen die Beziehungen zwischen Hirn und Hand innigere seien, als zwischen jenem und den anderen Gliedern.

Er empfiehlt die cutane Faradisation auch für die Fälle von Hemiplegie ohne Anästhesie, da er auch in ihnen bei seinem Verfahren rasche Besserung der Aphasie und intellektuellen Schwäche sei. Nur sind hier Ströme mittlerer Stärke zu wählen.

Möbius (Leipzig).

---

163) **L. A. Gordon**: Ueber den Einfluss der Faradisation auf übermässige Schweissabsonderung. (Aus dem klinischen Privat-Ambulatorium für Nervenkranke des Dr. Drosdoff.)

(Wratsch (Arzt) Nro. 20. 1880.)

Von der, durch Dr. Drosdoff ausgesprochenen Idee ausgehend, dass der localisirten Hyperhidrose bei sonst gesunden Individuen eine Functionsstörung der peripheren Nerven zu Grunde liege, prüften wir 1) mit dem Weber'schen Tasterzirkel und Electricität die Sensibilität der betreffenden Hautstellen und 2) den Einfluss der Faradisation auf die gefundenen Veränderungen sowohl, als auch auf die Hypersecretion selbst.

Wir benutzten zu unsern Untersuchungen die in den Ambulatorien so häufig anzutreffenden, an hartnäckigen Hand- und Fussschweissen leidenden Personen. Die tactile und die electrocutane Sensibilität, so wie die locale Temperatur wurden nach den üblichen Methoden geprüft und führten uns zu folgenden Schlüssen.

1) An den schwitzenden Handtellern und Fusssohlen ist sowohl die elektrocutane als auch die tactile Sensibilität herabgesetzt.

2) Die örtliche Temperatur ist erniedrigt und fühlen sich solche Extremitäten immer kühl an.

3) Die systematische Faradisation solcher Stellen restituirt die Empfindungsstörung, erhöht die locale Temperatur und vermindert in solchem Grade das lästige Schwitzen; zuweilen hört dasselbe dabei ganz auf (5 Fälle).

4) In der Mehrzahl der Fälle geht die Verminderung der Schweisssecretion der Erhöhung der Sensibilität und der Temperatur parallel.

Zur Illustrirung der von uns gewonnenen Resultate, erlauben wir uns einen der 7 von uns beobachteten Fälle ausführlich mitzutheilen.

Stud. M., 24 Jahr alt, mit mässig entwickelter Muskulatur, zeigt normale Brust- und Unterleibsorgane, auch functionirt sein Nervensystem gut, nur ist sein Schlaf seit 6 Jahren schlecht. Er suchte im Ambulatorium Hülfe gegen das bereits vor Jahren ohne besondere Veranlassung aufgetretene sehr starke Schwitzen der Handteller. Er ist früher schon dagegen behandelt worden, hat in den letzten 2 Wochen 2—3 Mal täglich seine Hände mit einer recht starken Alaunlösung, aber ohne Erfolg gewaschen. Dr. Drosdoff schlug die Faradisation vor, welche immer mit dem trocknen elektrischen Pinsel jedes Mal 10—12 Minuten lang angewandt wurde.

Das Resultat 15 solcher Sitzungen war nun folgendes:

		Vor der Faradisation.		Nach 10 Sitzungen.		Nach 15 Sitzungen.	
		R.	L.	R.	L.	R.	L.
Locale Temperatur		31⁰,3	31⁰,5	34⁰,0	35⁰,2	34⁰,8	35⁰,8.
Hautsensibilität	Handteller	9 Mm.	8 Mm.	7 Mm.	6 Mm.	6 Mm.	5 Mm.
	Finger	4 Mm.	3,5 Mm.	3,5 Mm.	2,6 Mm.	3 Mm.	2,2 Mm.
Elektrocutane Sensibilität	Handteller	2,8	3,4	3,6	4,0	4,0	4,6.
	Finger	3,8	4,0	4,2	4,6	4,4	4,8.
Schweiss				vermindert		sehr vermindert.	

Der Kranke wird noch weiter faradisirt; bei der Prüfung der elektrocutanen Sensibilität wurde vorläufig nur das Minimum der elektrischen Empfindung bestimmt.

Die Literaturangaben und die Einzelheiten der Beobachtungen werden in unsrer, nächstens erscheinenden vollständigen Arbeit veröffentlicht werden. Hinze (St. Petersburg).

---

164) S. Lewaschkow: Ueber den Einfluss des nervus cruralis auf das Lumen der Gefässe.

(St. Petersb. Med. Wochensch. 1879. Nro. 16, Wratsch (russisch) 1880. Nro. 3.)

Verf. experimentirte an chloroformirten Hunden und beobachtete die Temperaturveränderungen an den Pfoten. Nach Durchschneidung des n. crur. steigt die Temperatur der operirten Extremität und sinkt dann nach längerer oder kürzerer Zeit um einige Grad unter die Norm um sich Wochen lang unter derselben zu erhalten. Wurde nun während dieser Zeit oder gleich nach der Operation das Thier in die Kälte gebracht, so kühlte sich die operirte Extremität beträchtlich weniger ab als die gesunde und zeigte daher höhere Temperatur als diese. Wurde es nun auf's Neue in Zimmertemperatur (+ 18—20⁰) gebracht oder ihm ein Schmerz verursacht, so zeigte bald die Extremität wieder höhere Temperatur als die operirte. — Bei der Reizung des nicht operirten Nerven mit dem faradischen Strom zeigt sich, auch nach Durchschneidung des n. ischiadicus, immer eine Temperaturverminderung der betr. Extremität. Verf. gelangt zum Schluss, dass 1. der nervus cruralis Gefässnerven, sowohl pressorische wie depressorische, enthält und 2. dass der nerv. cruralis im Vergleich zum nerv. ischiadicus eine nur geringe Anzahl derselben führt. (Bei seiner Doctordisputation auf Grund dieser Arbeit wurde dem Verf. von den Opponenten, besonders auch von Prof. Tarchanow, zugestanden, dass er die Anwesenheit von beiderlei Art von Gefässnerven im n. cruralis unzweifelhaft dargethan habe.) Buch (Ishewsk).

---

165) M. Rosenthal: Angina pectoris.

(Real Encyclopädie der gesammten Heilkunde.)

R. erwähnt bei der Besprechung der anatomischen und physiologischen Begründung der Angina pectoris die Befunde von Heine, Lanceraux und Haddon und spricht dann von den pathologischen Veränderungen, die Putjatin geschildert hat.

In der Scheidewand der Vorkammern im obern Theile des das foramen ovale umschliessenden Ringes finden sich gefässreiche Ganglien, welche erkranken können. P. fand an ihnen Hyperämie und granulirende Entzündung, bei länger dauernden Erkrankungen interstitielle Entzündung mit Bindegewebswucherung, auch fettig pigmentöse Entartung, schliesslich auch Zerstörung der Ganglienzellen und Kalkinfiltration des Zwischengewebes. In dem einen dieser Fälle waren Symptome von Angina pectoris vorhanden gewesen.

R. tritt in der physiologischen Deutung der Affection auf die Seite Eulenburg's und meint, dass solche Erkrankungen der Herzganglien bald reizend, bald lähmend auf die Herzthätigkeit einwirken können. Für die Angina pectoris vasomotoria und die bei Hysterie vorkommende hält er die Ansicht vom Gefässkrampf fest. Bei vasomotorischen Störungen werden die ausgedehnten Gefässnetze um Putjatin's Ganglienzellen ebenso abnorm erweitert und verengert werden und daduch das Gangliensystem des Herzens beeinflussen. Die wesentliche Betheiligung des Sympathicus an der Bildung des Herzgeflechts zusammen mit diesen Erscheinungen veranlasst dazu, diesen Nerven als den für die Angina pectoris wichtigsten heranzuziehen.

Rohden (Oeynhausen).

---

166) Danillo: Zur pathologischen Anatomie des Rückenmarks bei Phosphorvergiftung. (Vorläufige Mittheilung aus dem Laboratorium der Klinik für Gemüthskranke von Prof. Z. Mierzcjewski.

(St. Petersb. med. Wochenschr. 1880. No. 17.)

Verf. hat in Anbetracht der spärlichen, in der Literatur vorhandene Angaben über Veränderungen am Rückenmarke bei Vergiftung mit Phosphor im Laboratorium des Prof. Mierzojewski eine Reihe von Versuchen an 10 Hunden während des Winters 1879 in dieser Beziehung angestellt. Die Hunde wogen zwischen 6500—8500 Gr. und wurden durch verschieden grosse Gaben Phosphor vergiftet, die dosis des in Ol. provinciale aufgelösten und subcutan injicirten Mittels schwankte zwischen $^1/_4$ und 6 Gran. 5 Hunden wurde eine einmalige dosis injicirt, den 5 andern 1—2 Gran. mehrmals eingespritzt. Die kürzeste Lebensdauer nach der Vergiftung betrug 12 Stunden, die längste 45 Tage und wurden die Sectionen immer am Todestage gemacht, welche in acut verlaufenen Fällen hochgradige Hyperämien und Oedem der Rückenmarkshäute, besonders an der Cervical- und Lumbaranschwellung, sowie Röthung und Succulenz des Rückenmarksgewebes hauptsächlich in der grauen Substanz, um den Centralcanal und in den Vorderhörnern nachweisen; in den chronisch verlaufenden Fällen waren diese Erscheinungen weniger ausgeprägt. Verf. verweist hinsichtlich der Details sowohl der Technik, als auch des mikroskopischen Befundes auf das Original und führt nur die von Verf. aus seinen Untersuchungen gewonnenen Schlüsse kurz an.

1. In kurzer Zeit wiederholte Einführung grosser Dosen Phosphor erzeugt acute parenchymatöse Myelitis mit Pigmentanhäufungen und Blutextravasaten.

2. Längere Zeit fortgesetzte kleine Dosen geben exquisite Myelitiden (M. centralis) in allen ihren Stadien.

3. Durch entsprechende Dosirung des Phosphors ist man im Stande, Myelitiden verschiedener Art und Extensität zu erzeugen, was bis jetzt noch nicht geschehen ist.

4. Bei Phosphorvergiftung wird im Rückenmark reichliche Pigmentbildung beobachtet, eine bisher von keinem Autor erwähnte Thatsache.

5. Da durch Phosphor Myelitis erzeugt werden kann, so ist es höchst wahrscheinlich, dass ein Theil des nervösen Symptomencomplexes bei dieser Vergiftung als klinischer Ausdruck der erzeugten Myelitis betrachtet werden darf.

Hinze (St. Petersburg.)

---

167) **C. W. Stevens** and **C. H. Hughes**: Apparently conscious epileptic automatism with a sequel of aphasia.

(The Alienist und Neurologist. 1880. I. 2.)

Ein Arzt, welcher an epileptischen Anfällen litt, hatte folgende drei Anfälle. Im Jahre 1867 und 1875 verliess er je einmal Nachts das Bett, kleidete sich vollständig an und ging auf die Strasse, blieb dann nach längerem Gehen stehen, kam zur Besinnung, dass er nichts ausser dem Hause zu thun habe, und kehrte dann natürlich zurück. Er hatte aber völlige Erinnerung an jeden einzelnen Vorgang vom Aufstehen bis zum Augenblicke, wo es ihm einfiel, dass er eigentlich zu Bette sein sollte; es mangelte ihm nur während der betreffenden Zeit die Reflexion über sein Thun. Nach Brom- und Ergotinbehandlung blieb er ein halbes Jahr frei von Anfällen und hatte am 17. Mai 1879 einen Anfall von Aphasie. Von einem Bekannten über etwas befragt, war er nicht im Stande das richtige Wort zu finden und mühte sich etwa 20 Minuten ab, sich demselben begreiflich zu machen. Kurz darnach war er völlig klar. Als er dem Betreffenden wieder begegnete, war er im Stande, Alles was er gesprochen, anzugeben, hatte also völlig das Gedächtniss für das Vorgefallene. In der Nacht vom 17—18 erlitt er einen heftigen epileptischen Anfall. — Verf. machen in Kürze noch auf die gerichtl. med. Wichtigkeit solcher Anfälle aufmerksam.

Karrer (Erlangen).

---

168) **A. A. Henske**: Case of hemiplegia and aphasia ending in recovery.

(The Alienist and Neurologist 1880. I, 2.)

Es handelt sich um eine 63jährige an Herzfehler leidende Frau, welche nach einem 14tägigen Vorbotenstadium (Kopfschmerz, Ohrensausen, Uebelkeit etc.) einen apoplectischen Anfall erlitt mit Bewusstlosigkeit, stertorösem Athmen und vollständiger rechtseitiger Lähmung. Als das Bewusstsein nach 3 Tagen wiederkehrte zeigte Pat. vollständige Aphasie. Im Verlauf von 4 Monaten bildeten sich die Erscheinungen beinahe gänzlich zurück, nur blieb die Sprache etwas langsamer und der rechte Arm leicht paretisch.

Karrer (Erlangen).

---

169) **C. H. Hughes**: Reflex cardiac gangliopathy with hereditary diathesis.

(The Alienist and Neurologist 1880. I. 2.)

Patient ein 45 jähriger Wittwer war erblich sehr belastet. Der Vater litt an Paralysis agitans und intermittirendem Puls; ein verstorbener Bruder hatte ebenfalls intermittirenden Puls, ebenso der Zwillingsbruder, eine Schwester litt an Paralysis agitans. Patient selbst litt an Hyodrocele; eines seiner 11 Kinder war epileptisch. Seit 1. Juli 1879 bemerkte er Aussetzen des Pulses, er war im Begriffe sich wieder zu verehelichen; glaubte in der dadurch gesetzten Aufregung den Grund hiefür zu finden. Nach der Verheirathung im August hatte er auf der Hochzeitsreise noch beträchtlich von Herzstörungen zu leiden. Im Januar 1880 ging der Puls normal. Verf. glaubt, dass es sich um Reflex von Seite des Hodens durch die Dehnung in Folge der Hydrocele handelte; wahrscheinlich habe auch die Enthaltsamkeit während des Wittwerstandes einen Einfluss gehabt. Karrer (Erlangen).

---

170) **John Curven**: On the propositions of the association of Superintendents of American hospitals for the insane.

(The Alienist and Neurologist 1880 I, 2. pag. 165—178.)

Der Aufsatz enthält Bemerkungen und Vorschläge für die Anlage und bauliche Einrichtung von Irrenanstalten. Bei 200 Kranken sollen je 8 Abtheilungen für jedes Geschlecht bestehen. Die Abtheilung soll enthalten: den Corridor, Einzelzimmer, gemeinschaftliche Schlafsäle mit zwischenliegendem Wärterzimmer, Ankleidezimmer, Bad- und Waschzimmer, Aufenthaltsaal, Speisezimmer, Speiseaufzug, Sprachröhre zur Küche, Wassercloset.

Der Corridor ist in der Mitte liegend gedacht, auf beiden Seiten Zimmer, darunter möglichst viele Einzelschlafzimmer. Die Fenster sollen vergittert sein. Durch Erkerfenster vom Fussboden bis zur Decke würde der Corridor Luft und Licht in genügender Weise erhalten. Ferner werden Feuermauern, feuersichere Treppen — für jeden Flügel zwei — Fenster für alle Räume, Fussböden von Holz, Schiefer- oder Metalldächer etc. verlangt.

Karrer (Erlangen).

III. Verschiedene Mittheilungen.

171) Aus Berlin. Sitzung der Berliner „Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ vom 14. Juni 1880.

Herr Sander (Dalldorf) demonstrirt ein Idioten-Gehirn, bei welchem es sich um eine allgemein und gleichmässig ausgesprochene bedeutende Atrophie der linken Hemisphäre handelt. Im Leben bestand Imbecillität, Aphasie, rechtsseitige Parese und Atrophie, sowie partielle Contrakturen in den rechtsseitigen Extremitäten. Besonders bemerkenswerth ist es, dass diese Erscheinungen sich im Gefolge eines Scharlachs, den das betreffende Individuum im 9. Lebensjahre bekam, einstellten. Der Vortragende erwähnt die verschiedenen Möglichkeiten, unter denen gerade bei Scharlach das

Zustandekommen einer solchen Hirnveränderung gedacht werden könne, wie: Blutungen in Folge von Morb. Bright., Erweichungsherde in Folge von Embolieen aus scarlatinöser Endocarditis, direkte Fortpflanzung einer Entzündung des innern Ohr's auf die Meningen und das Gehirn, nach Allem scheint er aber in diesem Falle am ehesten das erstgenannte Moment als Veranlassung der Hirnatrophie anzusehen.

Herr Westphal demonstrirt eine totale linksseitige Gesichts-Atrophie bei einem etwa 35 Jahre alten sonst gesunden Mann. Dieselbe besteht bereits einige 20 Jahre, ist jetzt stationär und datirt von der Zeit her, als Pat. eine hühnereigrosse, feste, im linken oberen Halsdreieck sitzende Geschwulst bekommen hatte, welche später entfernt worden ist.

Die Atrophie erstreckt sich auf die Haut, das Unterhautfettgewebe, die Muskeln und die Knochen der betreffenden Gesichtshälfte. Der Mund ist nach links verzogen, so dass man von vornherein an eine linksseitige von Contrakturen begleitete Facialislähmung denken könnte. Indess kann Pat. alle mimische Bewegungen auch auf der atrophischen Seite richtig ausführen. Die linke Stirnhälfte ist etwas braun pigmentirt und durch eine sagittale Furche von der rechten abgegrenzt. Die linke Zungenhälfte existirt nur andeutungsweise, die Zunge weicht nach links ab. Am Gaumen zeigt sich Nichts Abnormes. Links ist die Schweisssecretion fast aufgehoben, an der linken Schläfe ist das Haar viel dünner und weicht weiter zurück. Der linke Oberkiefer ist flacher, die linke Hälfte des Unterkiefers fühlt sich dünn an. Die Weichtheile in dieser Gegend sind an vielen Stellen an den Knochen angelöthet, pergamentartig dünn, weisslich gefärbt und glänzend. Im Ganzen handelt es sich demnach wohl um eine ausgesprochene trophische Störung, die, nach den zuletzt geschilderten Symptomen, Aehnlichkeit mit der sogenannten „Sclerodermie“ besitzt, in ihrer Entstehungsursache aber jedenfalls ebenso dunkel wie jene erscheint.

Eine Debatte fand über diesen Fall eigentlich nicht statt, nur fragt Herr Mendel, ob halbseitige Differenzen der Speichelsecretion dabei beobachtet seien, was vom Vortragenden verneint wird.

Reinhard hält einen Vortrag „über die Anwendung und Wirkung des Hyoscyamin bei Geisteskranken und Epileptischen,“ der indess der vorgerückten Zeit wegen nur die erste Hälfte des Thema's berührt. Der zweite Theil, sowie die kritische Besprechung der Beobachtungen wird in der nächsten Sitzung der Gesellschaft ihre Erledigung finden. Für diesmal sei nur soviel erwähnt, dass das Hyoscyamin in 3 von 11 Fällen von Geistesstörung sowohl auf den Schlaf als auch auf die maniakalische Erregung und Unruhe günstig wirkte; in den 8 andern Fällen führte es vereinzelt wohl etwas Schlaf herbei, mindert auch ausnahmsweise einmal die Unruhe, war aber meist von sehr unangenehmen, theils gefahrdrohenden, Nebenerscheinungen begleitet, und steigerte bei Manchen die Unruhe ganz bedeutend.

Reinhard (Dalldorf).

172) Aus Berlin. Die diesjährige Sommer-Sitzung des allgemeinen psychiatrischen Vereins fand am 15. Juni statt, und zwar

im Festsaal der Irrenanstalt zu Dalldorf, wohin die Vereinsmitglieder, der Einladung des Direktor's San.-Rath Dr. Ideler folgend, in ziemlicher Anzahl gekommen waren. Nach der Begrüssung der Gäste durch den Direktor und die übrigen Anstaltärzte, und nachdem eine kleine Rekollation in der Wohnung des Direktors eingenommen war, begann um $2^1/_2$ Uhr Nachmittags die Sitzung, welche vom Vorsitzenden Geh.-Rath Dr. Lähr mit allgem. geschäftlichen Mittheilungen eingeleitet wurde. Daran knüpfte sich die Wahl des nächstjährigen Vorsitzenden und Schriftführers, als welche die Herren Lähr und Schäfer wieder gewählt wurden. Nach dem kam der Vortrag des Herrn Heimann über einige in der Anstalt befindliche weibliche geisteskranke Verbrecher, die ihre strafbaren Handlungen im epileptoiden Zustande ausgeübt hatten. Drei derselben wurden in der Sitzung selbst vorgestellt.

Reinhard berichtete hierauf über eine Meningitis pyämica, die bei einer an Decubitus (der bis auf die Intervertebrallöcher des Kreuzbeins ging) gestorbenen Paralytischen gefunden worden war. Wie sich bei der mikroscopischen Untersuchung herausstellte, war der Eiter, die Pia, die Rindensubstanz, das Rückenmark und die Rückenmarkspia, ferner die den Decubitus begrenzendnen Gewebspartieen mit Zoogloea-Kugeln, Rundzellen- und Stäbchenbakterien von grünlich-bläulicher Farbe durchsetzt, weshalb der Vortragende an eine direkte Invasion der Bakterien durch die Intervertebrallöcher glaubt. Der Vortrag wurde durch mikroscopische Demonstration des Befundes unterstützt. Wegen vorgerückter Zeit kamen die anderen Vorträge leider nicht mehr an die Reihe. Vielmehr wurde nun die Besichtigung verschiedener Pavillons und der Wirthschaftsgebäude vorgenommen. Zum Schlusse vereinigte die Mitglieder und Gäste des Vereins ein solenes Souper in dem reizenden Garten der Schloss-Restauration zu Tegel. Reinhard (Dalldorf).

IV. Neueste Literatur.

79) Amozan, Des lésions trophiques consécutives aux maladies du sytème nerveux. 8. Paris, Delahaye Fr. 5.
80) Beard, Practical Treatise on Nervous Exhaustion: Its Symptoms, Nature, Sequences, Treatement. 8. New-York. sh. $7^1/_2$.
81) Béringier, Étude sur quelques formes de paralysies dans la phthisie pulmonaire chronique. 8. Paris, Delahaye. Fr. $2^1/_2$.
82) Biedermann, Beiträge z. allgem. Nerven- u. Muskelphysiologie. 4. u. 5. Mittheilung. Lex.-8. Wien, Gerold's Sohn. M. 1.80.
83) Boussi, Étude sur les troubles nerveux reflexes observés dans les maladies utérines. 8. Paris. Delahaye. Fr. 3.
84) Brissaud, Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques s. l. contracture permanente des hémiphlégiques. Av. 20 fig. Paris, ebend. Fr. 5.
85) Charcot, Leçons s. l. maladies du système nerveux. 4. éd. T. 1. Av. 11 pl. et 30 fig. d. l. texte. 8. Paris, ebend. Prix de l'ouvr. compl. Fr. 28.
86) Chauvet, Influence d. l. syphilis sur les maladies du système nerveux central. 8. Paris, ebend. Fr. $3^1/_2$.

87) Compte rendu des travaux d. l. section de médecine mentale au congrès médical d'Amsterdam. 8. Paris, Masson. Fr. 2.
88) Desmaze, Hystoire d. l. médecine légale en France d'après les lois. 18. Paris, Charpentier. Fr. $3^1/_2$.
89) Despine, Étude scientifique s. l. somnambulisme. 8. Paris, Savy. Fr. 7.
90) Heidenhain, Der sogenannte thierische Magnetismus. 4. Aufl. gr. 8. Leipzig, Breitkopf & Härtel. M. 1. 80.
91) Jastschenško, Ueber die Nerventhätigkeit u. d. Stoffwechsel. 2. Aufl. Lex.-8. Moskau, Lang. M. 1.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 2) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 3) Eichberg (Rheingau), III. Hülfsarzt, sogleich, 900 M., fr. Station. 4) Halle a. Saale, I. psychiatr. Klinik a) Volontärarzt, 600—1200 M. fr. Station, b) Assistenzarzt. II. provinc. Anstalt, Assistenzarzt. 5) Grafenberg (Düsseldorf), a) Assistenzarzt 900 M., freie Station. b) Volontairarzt 600 M. freie Station. 6) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 1. August; 2000 M.; fr. Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 7) Allenberg (Ostpreussen) Assistenzarzt 1200 M. bei freier Station. 8) Eberswalde, Erster Assistenzarzt, 1. Juli, M. 1500, fr. Stat. 9) Schleswig, Irrenanstalt, a) Director 6500 Mark, Wohnung und Garten, für Feuerung 270 M. b) Hülfsarzt (vrgl. d. Anz.) 10) Hildburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei fr. St. 11) St. Urban (Canton Luzern), II. Arzt und stellvertr. Director 3000—3500 M. 12) Prrovinc.-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., fr Station. 13) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 14) Friedrichsberg bei Hamburg, Assistenzarzt. Meldungen an den Oberarzt Dr. Reye. 15) Marsberg, Volontairarzt, katholischer Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 16) Ueckermünde in Pommern, Assistenzarzt, 1000 Mark und freie Station. 17) Görlitz (Privat-Irrenanstalt des Dr. Kahlbaum), Assistenzarzt, 1. Juli. 18) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, sofort, 900 M., fr. Stat. 19) Hofheim (Hessen), II. Assistenzarzt, 1600 M. freie Station. 1. Juli. 20) Pirna (Privat-Irrenanstalt des Dr. Lehmann) Assistenzarzt 1. Juli 120 M. per Monat fr. Station — 21) Die Kreisphysicate: Adenau (Coblenz), Ahrensburg (Schleswig) Bochum (Bochum), Bublitz (Cöslin), Erkelenz (Aachen), Goldap (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Landshut (Liegnitz), Mogilno (Bromberg), Obornick (Posen), Osterburg (Magdeburg), Osterode (Königsberg), Sensburg (Gumbinnen), Stuhm (Marienwerder), Wehlau (Königsberg), Wongrowitz (Bromberg), Wollstein (Breslau).

VI. Mittheilungen der Redaction.

1) Leider sind wir in diesem Jahre nicht in der Lage einen Originalbericht über die Verhandlungen der am 4. und 5. Juni zu Baden-Baden abgehaltenen Versammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte zu bringen. Derjenige Herr, welcher die Güte hatte uns diesen Bericht zuzusagen, wurde schliesslich verhindert die Versammlung zu besuchen, machte uns hiervon aber erst *nach* derselben Mittheilung, sodass es für die Gewinnung eines anderen Referenten zu spät war.

2) Wir suchen noch einen Referenten für englichse Psychiatrie.

VII. Anzeigen.

Assistenzarzt gesucht.

An der provinzialständischen Irrenanstalt bei Schleswig ist die Stelle eines Hülfsarztes mit einem psychiatrisch gebildeten jüngeren Arzte zu besetzen, derselbe geniesst ein Jahresgehalt von 1200 M. bei vollständig freier Station 1. Classe und soll zunächst auf halbjährliche Kündigung angestellt werden, Bewerbungsgesuche sind bis zum 15. Juli cr. an die unterzeichnete Behörde einzureichen.

Kiel, den 14. Juni 1880.

Landes-Directorat
der Provinz Schleswig Holstein.

Heilanstalt u. Pension für Nervenkranke

in **Halle** a. d. Saale.

In meinem eigens dazu erbauten Hause (Friedrichstrasse 17), welches wenige Schritte von meinem Wohnhause in demselben Garten gelegen und mit allem Comfort ausgestattet ist, finden Nervenkranke beiderlei Geschlechts vom 1. August d. J. ab zu jeder Jahreszeit Aufnahme, sorgsame Pflege und ärztliche Behandlung. Prospecte sendet auf Verlangen

Dr. Adolph Seeligmüller.

Bei Ambr. Abel in Leipzig ist erschienen und durch jede Buchhandlung zu beziehen:

Vademecum

für Kliniker und Aerzte

von **Ferd. Kunigk M. Dr.**
Prakt. Arzte.

Zweite vermehrte und verbesserte Auflage.
Taschenformat fein in Leder gebunden mit Bleistift und Kalender.
Preis n. M. 10.

Durch Nothwendigwerden einer II. Auflage bereits nach Jahresfrist, ist zur Genüge die Wichtigkeit dieses Vademecum und das Bedürfniss nach demselben dargethan. Trotzdem diese II. Auflage durch über 420 neue Recepte vermehrt wurde, ist sie bedeutend handlicher als die erste Auflage und für den Taschengebrauch bequemer eingerichtet und desshalb jedem Kliniker und jedem Arzte bestens zu empfehlen.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nerven-kranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. 15. Juli 1880. Nro. 14.

INHALT.

I. Originalien.

Die fünfte Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 5. und 6. Juni 1880.

Bericht von Dr. med. MORIZ MAYER,
Volontairarzt an der Grossh. Hess. Landesirrenanstalt zu Heppenheim.*)

Die diesjährige Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte fand im Blumensaal des Conversationshauses zu Baden-Baden statt.

Der Geschäftsführer Herr Prof. Jolly eröffnete am fünften Juni Nachmittags 2 Uhr die erste Sitzung und bat den Alterspräsidenten Herrn Dr. Crailsheim zur Wahl des Präsidenten zu schreiten.

---

*) Herr College Mayer hatte in Folge unserer Notiz in der vorigen Nro. die ausserordentliche Liebenswürdigkeit den obigen Bericht über die Badener Versammlung einzusenden. Wir statten ihm im Namen aller Leser unseren aufrichtigen und verbindlichsten Dank dafür hiermit ab. Die Redaction.

Herr Dr. Crailsheim schlug der Versammlung Herrn Hofrath Dr. v. Rinecker vor, der aber, ebenso wie Herr Geh. Rath Dr. Kussmaul, die Wahl ablehnte.

Das Präsidium wurde hierauf Herrn Prof. Fürstner übertragen. Nach Erledigung einiger geschäftlichen Angelegenheiten, gab der Präsident dem ersten Redner Herrn Prof. Bäumler das Wort.

I. Prof. Dr. Bäumler (Freiburg): *Ueber einen eigenthümlichen Einfluss von Gehirnkrankheiten auf den Verlauf der Lungenphthise.*

Der Vortragende hebt die Latenz von Lungensymptomen gröberer Natur in Folge von Gehirnerkrankungen hervor und zwar besonders das Zurücktreten des Fiebers und physicalischer Lungensymptome bei gleichzeitiger Tuberculose des Gehirns.

Gestützt werden diese Beobachtungen auf mehrere vom Redner angeführte Fälle, deren Section käsige Heerde im Gehirn, resp. Tubercel ergab. Redner erklärt sich diese Thatsache durch Hemmungswirkungen Seitens des Centralnervensystems.

II. Hofrath Prof. Dr. v. Rinecker (Würzburg): *Ueber Mikrocephalie vom psychiatrischen Standpunkte aus.*

Der Vortr. vergleicht die Mikrocephalenfamilie Becker von Offenbach mit einer anderen ihm bekannt gewordenen derartigen Familie, die in der Nähe Würzburg's wohnt. Die Glieder beider Familien besitzen eine so hochgradige Aehnlichkeit der äusseren Formen, dass sie wie Geschwister einer Familie aussehen.

Aber auch in psychischer Beziehung ähneln sich die Glieder beider Familien ganz ungemein. Die Kinder zeichnen sich durch Schwachsinn eigenthümlicher Art aus, der sich neben dem Fehlen resp. der Latenz aller höheren Seelenthätigkeiten (besonders der Sprache) besonders dadurch charakterisirt, dass bei denselben eine eminente Schwierigkeit besteht, die Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand zu lenken und zu fixiren, während z. B. der Nachahmungstrieb sehr ausgeprägt vorhanden ist.

Redner referirt nun über eine neue von ihm und seinen Assistenten erfundene und cultivirte Schädelmessungsmethode, vermöge deren man zu beweisen im Stande ist, dass beim Normalmenschen der Basalumfang des Schädels erheblich kleiner ist, als der Horizontalumfang, letzterer überhaupt der Maximalumfang unter allen Schädelmaassen ist. Beim Mikrocephalen jedoch wächst je nach dem Grad der Mikrocephalie der Basalumfang auf Kosten des Horizontalumfangs des Schädels und übertrifft ihn stets.

Redner spricht nun über die Ursachen der Mikrocephalie, wobei er sich den Ansichten von Vogt (Degenerescenztheorie) Klebs (ungleichartiger Druck im Uterus, resp. Uterus bicornis), Jensen (der annimmt, dass es sich um Verengerung der Carotis interna handle, während das Vertebralarteriensystem übermässig entwickelt sei) — nicht anschliessen kann. Redner glaubt, dass der Mikrocephalie eine gemeinsame anatomische Ursache zu Grunde liege, die er genauer zu präcisiren bis jetzt noch nicht im Stande sei.

III. Dr. Ch. Roller (Strassburg): *Ueber das hintere Längsbündel der Oblongata.*

Redner glaubt durch gemachte mikroscopische Untersuchungen

beweisen zu können, dass fragliches Längsbündel die direkteste Verbindung zwischen Rückenmark und Grosshirnganglien darstelle.

Er erläutert seinen Vortrag durch Demonstrationen von Zeichnungen und einer Anzahl von anatomischen Präparaten.

IV. Geh. Rath Prof. Dr. Kussmaul und Dr. Meyer (Strassburg): *Ein Fall von multiplen Gliomen in der Cerebrospinalaxe unterhalb der Grosshirnschenkel.*

Der Vortr. referirt über einen Fall, bei dem er die Diagnose auf myelitische Heerde in der Brücke und im Rückenmark gestellt.

Die Obduction ergab an den betreffenden Stellen makroscopisch gar keine Veränderung, weder in Farbe, noch Consistenz, noch Gestalt und ergab erst die mikroscopische Untersuchung die vollständige Richtigkeit der gestellten Diagnose.

Hierauf verbreitet sich Herr Dr. Meyer über den mikroscopischen Befund des vorerwähnten Falles und erklärt, es handle sich dabei um kein gewöhnliches Gliom, sondern um ein sogenanntes Neurogliom (Klebs). Der Vortr. glaubt, dass, weil in solchen Fällen kein eigentlicher Tumor sich finde, auch mikroscopisch nicht mit Sicherheit festgestellt werden könne, ob es sich um ein Neoplasma oder nur um eine entzündliche Hyperplasie handle.

V. Prof. Dr. Goltz (Strassburg): *Zur Physiologie des Gehirns.*

Der Vortragende hat seine Versuche bei Thieren durch Wasserinjectionen in oder auf die Grosshirnrinde, als keine verlässliche Resultate gebend, verlassen.

Er zerstört jetzt die Gehirnrinde statt mit dem Wasserstrahl, mit einer Bohrsäge, wie solche die Zahnärzte gebrauchen oder mit einer, hieraus modificirten, Schneckensäge, die vor jener den Vorzug hat, dass durch sie zugleich die abgelösten Gehirnparthien herausgeschleudert werden und ist es ihm vermittelst letzterer Säge gelungen bei Hunden Schichten der ganzen Gehirnoberfläche, mit Erhaltung des Versuchsthieres, abzutragen.

So behandelte Hunde zeigen nun Folgendes: Kein einziger Muskel ist gelähmt; die Empfindung und die Sinne sind zwar erhalten aber stumpf geworden. Dagegen ist die Intelligenz der Thiere ganz bedeutend herabgesetzt.

Redner bezeichnet ein solches Versuchsthier als eine fressende und saufende Reflexmaschine. Das Thier ist im höchsten Grade blödsinnig.

Lässt man einen Theil der Gehirnoberfläche, und zwar gleichgiltig ob das Hinter- oder Vorderhirn betreffend, intact, so ist die Verdummung eine relativ geringere.

Daraus lässt sich schliessen, dass die ganze Gehirnrinde der Sitz der höheren Seelenthätigkeit ist und dass die Motilität mit der Rinde nichts zu schaffen hat. Bei der Zermalmung der grauen Substanz treten zwar stets Bewegungen ein, aber nur dann, wenn, entweder die weisse Substanz direct getroffen, oder wenn dieselbe per contiguitatem gereizt wurde.

VI. Dr. Bumm (München): *Ueber die Vertheilung des Sehnerven in der Kaninchennetzhaut.*

Redner sucht durch experimentelle Untersuchungen nach der

Gudden'schen Methode die Sehnervenkreuzung und die Vertheilung der Sehnerven in der Kaninchennetzhaut zu beweisen.

Leider musste der Vortragende sich sehr kurz fassen, da dies der letzte Vortrag an diesem Tage und die Zeit sehr kurz zugemessen war.

II. Sitzung. *Morgens 9 Uhr.*

VII. Dr. Heiligenthal und Dr. Frey (Baden): *Experimentelle Studien über die Wirkung der heissen Luft- und Dampfbäder.*

Herr Dr. Frey referirt, dass er mit Dr. Heiligenthal in fünf Perioden Versuche, die je durch eine freie Zeit unterbrochen waren, an sich selbst mit heissen Luft- und Dampfbäder gemacht habe. Sie hatten dabei genau abgewogene gleiche Nahrungsmittel aufgenommen und sich auch, während der Versuchszeit somatisch und psychisch gleichmässig beschäftigt.

Vor, während und nach dem Luft- resp. Dampfbad wird die Temperatur in ano et axilla, Puls, Respiration, Gewicht und Urin genau bestimmt. Die Dampf- und Luftbäder wurden successive bis zu 58⁰ gesteigert.

Es zeigt sich dabei, dass die Pulscurven bei den Luftbädern mehr langgestreckt, bei den Dampfbädern immer steiler werden. Ferner wird die Sensibilität der Haut bei beiden wesentlich erhöht. Was den Stoffwechsel betrifft, so wird nach beiden die Harnsäure circa um's Doppelte vermehrt, während die Harnstoffmenge sinkt. Die Wasserausscheidung ist vermindert.

Frey erklärt sich die Aenderung des Stoffwechsels dadurch, dass die Oxydation überhaupt eine veränderte ist und desshalb im Urin ein niedereres Oxydationsprodukt, die Harnsäure, in vermehrter Menge sich findet; während das höhere Oxydationsprodukt, der Harnstoff, vermindert ist.

Dazu kommt noch, und zwar bei beiden Bädern gleich, Beschleunigung der Circulation. Das Körpergewicht nimmt stets ab.

In der Haut zeigt sich bald bessere Ernährung, die erhöhte Vitalität derselben wirkt secundär entlastend auf innere Organe.

Auf das Nervensystem ist die Wirkung die einer funktionellen Anregung und allgemeinen Tonisirung.

Bei der Einwirkung auf die Muskeln und Gelenke kommt als adjuvans das Massiren, Reiben etc. dazu.

Das Dampfbad ist eingreifender als das Luftbad und wirkt ersteres auch schon nach kürzerer Dauer. Ersteres passt im Allgemeinen mehr für jüngere, kräftigere und resistenzfähigere Individuen; das Luftbad mehr für sensible, ältere Personen.

Zu empfehlen ist überhaupt bei beiden Methoden ein ganz strenges Individualisiren, besonders bezüglich der Anfangsdauer und der Temperatur. Letztere kann in Baden bis auf 60⁰ erhöht werden, was Frey überhaupt als die wünschenswerth oberste Grenze bezeichnet.

Hierauf spricht Dr. Heiligenthal, auf Grund obiger Experimente, über die Indicationen und zwar in specie bei den Krankheiten des Nervensystems.

Er hebt besonders die guten Resultate dieser Bäder bei Neuralgien, insbesondere bei Ischias hervor, für welch' letztere Krankheit Baden sich einen besonderen Ruf erworben habe.

Weiter aber auch bei Neuralgien durch Spinalirritation, bei denen besonders das Luftbad oft schon schnell Heilung bringe.

Sodann bei Hemicranie; bei den verschiedensten Rückenmarkskrankheiten, bei welchen aber grosse Vorsicht anzurathen sei.

Bei Exsudativmeningitis sei durch die resorbirende Wirkung dieser Bäder, häufig noch sogar bei verschleppten Fällen, ein günstiges Resultat zu erzielen.

Endlich seien diese Bäder noch zu empfehlen bei den verschiedensten Formen der Hysterie und Hypochondrie, doch legt hierbei Redner den Hauptwerth auf die durch die Bäder zu erzielende Abhärtung des Willens.

VIII. Prof. Dr. Schultze (Heidelberg): *Ueber eigenthümliche Entwicklungsanomalien des Rückenmarks und die neuropathische Constitution.*

Der Vortr. glaubt die neuropathische Disposition auf anatomische, bestimmbare Abnormitäten des Nervensystems, besonders auf Rückenmarksanomalien zurückführen zu können. Hier sind es vorzugsweise quantitativ zu geringe Entwicklung gewisser Theile und Spaltbildungen und Lücken im Rückenmark, die bei Zutritt einer weiteren Schädlichkeit leicht zur Bildung von Neoplasmen sowohl, als auch zu myelitischen Vorgängen Veranlassung geben können. —

Diese Spaltbildungen hat Redner relativ häufig in den Rückenmarken solcher degenerativ veranlagten Individuen gefunden und sollen dieselben dann leicht zu Hydromyelos disponiren.

Weiter derartige Anomalien im Rückenmark seien Fehler der Markscheiden, ferner, besonders in den Seitensträngen, kleine Hämorrhagien, die im Kindesalter häufig bei Krampfkrankheiten (Eclampsie, Chorea, etc.) vorkommen.

Schliesslich beobachtete Redner in dem Rückenmark solcher Individuen häufig, jedenfalls viel häufiger als beim Gesunden, eine eigenthümliche, abnorme Vertheilung der weissen und grauen Substanz. —

Redner erläuterte seinen Vortrag durch Demonstration von diesbezüglichen anatomischen Präparaten.

IX. Prof. Dr. Hitzig (Halle): *Einige Bemerkungen über Alt-Scherbitz.*

Redner erklärt zu seinem Vortrag veranlasst zu sein durch Gerüchte, die von Besuchern von Alt-Scherbitz vielleicht häufig nicht in der besten Absicht, über dieses Unternehmen ausgegangen seien.

Es sei von einer Menge von Unglücksfällen erzählt worden, von denen jedoch nur ein einziger wirklich wahr sei, wo ein auf dem Felde beschäftigter ganz verblödeter Kranker, mit einem landwirthschaftlichen Instrument einen Wärter todtgeschlagen habe. Unglücksfälle derart könnten übrigens auch ebenso gut in jeder anderen Anstalt vorkommen, wenn man nicht darauf verzichten wolle die Kranken überhaupt zu beschäftigen.

Ein allerdings nicht vollständig zu rechtfertigender Uebelstand sei der, dass man die auf dem Gut stehenden Bauernhäuser ohne jede Veränderung, einer Parthie Kranke zur Wohnung angewiesen habe,

obgleich darin die Zimmer so niedrig seien, dass ein grosser Mann nicht aufrecht darin stehen könne. Ferner möge auch darin noch ein Uebelstand liegen, dass die Kranken, besonders in Zeiten erhöhter Arbeitsansprüche, wie Gesunde oft über ihr Vermögen angestrengt würden, da man die Zuhülfenahme von Tagelöhnern um jeden Preis vermeiden wolle. —

Alt-Scherbitz bestehe aus: a) einer Centralanstalt mit 125 Plätzen. Auf dem Gut selbst seien 275 Plätze für Kranke, die ganz frei verpflegt würden; allein diese Zahl sei bis jetzt noch nicht, auch nur annährend erreicht worden und lasse sich desshalb über die Lebensfähigkeit des Instituts ein bestimmtes Urtheil nicht abgegen.

Ausserdem seien noch zwei, nach Köppe'scher Angabe, gebaute Pavillons vorhanden.

Das finanzielle Ergebniss sei, trotzdem, dass das Gut noch lange nicht mit der von Köppe beabsichtigten Krankenzahl bearbeitet werde, im vergangenen Jahre ein sehr günstiges gewesen. Was die Entweichungen von Kranken betreffe, so seien im letzten Jahre deren 13 vorgekommen, und zwar 4 aus der freien Station, 6 von der Arbeit weg und 3 aus der Centralanstalt.

X. Dr. Rumpf (Düsseldorf). *Ueber Reflexe.*

Durch die Arbeiten, die in letzter Zeit über den Hypnotismus erschienen, veranlasst, prüfte R. die Symptome, die auf Anwendung faradischer Ströme, besonders bei längerer Fortsetzung einzutreten pflegen. Er fand, dass durch solche Ströme, besonders, wenn sie in starker Form und zwar unmittelbar auf den Schädel angewendet wurden, bei dazu disponirten Personen zuweilen Analgesie und erhöhte Muskelerregbarkeit der entgegengesetzten Seite auftreten; vor Allem aber einen, der Hypnose ähnlichen Schlaf und, besonders bei starken Strömen auf einer Gehirn- resp. Schädelseite auf der entgegengesetzten Seite hyperämische Erscheinungen.

Redner führt diese Symptome auf Reflexe zurück, die sich sowohl durch Faradisation, als auch durch andere Hautreize auslösen lassen und durch das Gefässnervensystem bedingt sind.

Analog diesen Beobachtungen, glaubt R., dass es sich in ganz ähnlicher Weise beim Hypnotismus um, durch das Gefässnervensystem vermittelte, Reflexe handle.

XI. Prof. Dr. Berlin (Stuttgart): *Ueber die Fortpflanzung von Entzündungen des Auges auf das Gehirn und umgekehrt.*

Es handelt sich hierbei um den Weg, durch welchen die Fortpflanzung statt findet. Redner bestreitet, dass eine unmittelbare Fortsetzung von Entzündungsvorgängen durch die Fissura orbital. sup. statt finden könne. Ebenso wenig lasse sich der Weg längs der Scheiden des Sehnerven constatiren und glaubt B. dass es sich hierbei um eine Fortpflanzung auf dem Weg der Orbitalvenen handle, zumal auch die Lymphbahnen ganz entschieden nicht als Verbindungsweg aufgefasst werden dürften.

Der Vortr. glaubt nach seinen Untersuchungen, dass, ebenso wie bei der sympathischen Augenerkrankung, der Vorgang der sei, dass die Entzündungsprodukte die sich z. B. bei einer Chorioiditis bilden durch die Venen des Auges in den Kreislauf aufgenommen

werden. Kommen dieselben nun an irgend eine Stelle des Organismus von heterogener histologischer Beschaffenheit z. B. in die Niere, so gehen sie einfach zu Grunde, weil sie daselbst keinen, für ihr Fortbestehen und Weiterentwicklung günstigen Boden finden. Gelangen diese metastatischen Produkte jedoch auf einen, ihrer Weiterentwicklung, günstigen Boden, in dem fraglichen Fall auf die Chorioidea des andern Auges, so entwickeln sie sich dort weiter und führen zu einer, der ursprünglichen ähnlichen, Erkrankung des anderen Auges. Redner ist der Ansicht, dass der einzige Weg dieser Metastasen die Gefässe seien und, dass es sich hin wie her um eine metastatische Selbstinfektion handle.

XII. Dr. Stilling (Strassburg): *Zur Anatomie des Sehnervenchiasmas.*

Redner behauptet, dass das früher angenommene Chiasma arcuatum neben der wirklichen Kreuzung bestehe und er ersteres auch anatomisch nachgewiesen habe. Durch dasselbe entstehe unabhängig von der Kreuzung, eine Commissura anterior und eine Commissura posterior und zwar beständen dreierlei Verbindungen des tractus opticus nach den Sehhügeln. Die Fasern gehen 1. zum corpus geniculatum laterale, 2. zum corpus geniculatum mediale, 3. direct auf die Oberfläche des Sehhügels.

Ein Theil der Fasern des tractus opticus gehe direkt zur anderen Seite und bilde eine Commissur, die in der Mitte des vorderen Vierhügelpaares liege. Ein anderer Theil gehe in's brachium inferius; so dass auch die untere Seite der Vierhügel ein wirkliches Sehganglion repräsentire.

Auch den Uebertritt des Tractus nach den Grosshirnhemisphären glaubt Redner nachgewiesen zu haben und verweist in dieser Beziehung auf seine nächstdem erscheinende grössere Arbeit.

XIII. Hofrath Dr. Stein (Frankfurt a. M.): *Zeigt eine neue, von ihm construirte transportable constante Batterie.*

Dieselbe unterscheidet sich von den seitherigen dadurch, dass die Elemente beim Nichtgebrauch vollständig trocken sein sollen. Die Elemente selbst stellen Hartcoutchoukcylinder dar, welche einen Kohle-Zinkcylinder einschliessen. Die Elemente haben *unten* Oeffnungen, die in ein Röhrennetz münden, das durch einen Schlauch, der an einer graduirten Flasche angebracht ist, mit der nöthigen Flüssigkeit — Schwefelsäure 1 : 40 — leicht gefüllt werden kann. Nachdem die Elemente genügend Flüssigkeit haben, verhindert man das weitere Eindringen derselben durch Schliessen eines Hahnes und ist nunmehr die Batterie zum Gebrauch fertig. Dass man die Flüssigkeit, nachdem man den Hahn wieder aufgedreht hat, leicht durch Senken der Flasche wieder entleeren kann ist klar. Das einzelne Element kostet 2 Mark; ein ganzer Apparat mit 24 Elementen etwa 60 Mark. —

XIV. Dr. Vierordt jun. (Tübingen): *Spricht über seine Methode, wodurch er die Selbstregistirung der Gangart Gesunder und Kranker ermöglicht.*

Das Versuchsindividuum erhält einen Schuh, der jedem Druck des Fusses nachgebend, beim Auftreten und Gehen Flüssigkeit entleert, die die betreffende Person in einem Reservoir, das mit dem

Schuh durch einen Schlauch verbunden ist, der an der Seite des Schuhs in Form einer freien Canüle endigt, auf dem Rücken trägt.

Lässt man das Versuchsindividuum mit diesem Apparat auf Elephantenpapier gehen, so entsteht auf dem Papier selbst für jeden Fuss eine Curve, deren Verhältniss zu einander ein Bild der Gangart darstellt. Redner zeigt solche Darstellungen der Gangart des Normalmenschen, eines Tabikers und eines Paralytikers auf dem gen. Papier vor. —

Nachdem der Präsident den Vortragenden und dem Curcomité den Dank der Versammlung ausgesprochen, wurden als nächster Versammlungsort wieder Baden-Baden und zu Geschäftsführern Prof. Dr. Bäumler in Freiburg und Dr. Fischer jun. in Pforzheim gewählt.

II. Referate.

173) **R. Gowers:** The Gulstonian Lectures on Epilepsy.

(The Lancet 1880. 28. II. 6. III. 13. u. 20. u. 3. IV.)

Verf. giebt in den 3. Vorlesungen die Erlebnisse seiner Untersuchungen über verschiedene Punkte bezüglich der Epilepsie und Hysteroepilepsie, indem er die Statistik von über 1000 Fällen seiner Beobachtung zu Grunde legt. (Die Zahlen für die Berechnung der Procente wechseln, und manchesmal ist es dem Referenten nicht gelungen durch Nachrechnen zu den gleichen Ergebnissen zu kommen.) Ausgeschlossen wurden alle jene Fälle, wo eine organische Hirnerkrankung angenommen werden konnte.

Bezüglich des Einflusses des *Geschlechts* beobachtete Verf. ein Ueberwiegen des *weiblichen;* 53,4% W. gegen 46,2% M., und nach den beiden Formen ausgeschieden bei reiner Epilepsie 52% W., 78% M.; bei Hysteroepilepsie 66% W.; 33% M.

Bei Berechnung der *Erblichkeit* liess Verf. unberücksichtigt das Vorkommen von Hemiplegie in der Verwandtschaft, weil auf Veränderungen der Gefässe, nicht des Nervengewebes beruhend, und dann die habituelle *Trunksucht*, da sie zu sehr unter den Armen verbreitet sei, um ihr eine Bedeutung für Entstehung der Epilepsie beizumessen.

Es fand sich nun Erblichkeit in 36%, das weibliche Geschlecht leidet mehr durch den Einfluss der Erblichkeit als das männliche, indem einmal der Einfluss mütterlicher Erkrankung häufiger ist, zum anderen bei Erkrankung der Mutter die Töchter in grösserem Verhältnisse erkranken, als die Söhne bei Disposition von Vaters Seite.

Verf. giebt folgende Procentzahlen: bei 39% war mütterliche, bei 35% väterliche Disposition vorhanden, bei 5% beiderseitige, bei den übrigen Familienanlage d. i. Krankheit der Geschwister.

Unter den *Neurosen* bei den Ascendenten war die *Epilepsie* besonders häufig, in $^3/_4$ der Fälle; 54 mal war sie mit Irresein verbunden. *Irrsinn* selbst fand sich in ein Drittel, *Chorea* bei 35 der 450 erblichen Fälle; Hysterie war sehr selten. Epileptische

Mütter litten seltener an Irrsinn als epileptische Väter. Der *Phthisis* schreibt Verf. keinen disponirenden Einfluss zu. Blutsverwandtschaft der Eltern war in keinem Falle angegeben.

In 8 Fällen, wo keinerlei Zeichen für organisches Hirnleiden vorhanden waren, war ausgesprochene erbliche Syphilis nachzuweisen.

Von 1450 Kranken trat bei drei Viertheilen die Epilepsie innerhalb der ersten 20 Lebensjahre auf; 46% trafen auf die Zeit vom 10. — 20. Jahre; das dritte Decennium war mit 15%, das vierte mit 6% und die übrigen mit 3 — 4% betheiligt; $12^1/_2$% trafen auf die ersten drei Lebensjahre.

Das Procentverhältniss der Erkrankten Frauen überwog das der Männer in den ersten drei Lebensdecennien beträchtlich, dann kehrte sich das Verhältniss um; das Klimacterium schien ohne Einfluss. Bei den erblich Disponirten traten die Maximumperioden für die Erkrankung ein Jahr früher auf. Weitere Zahlenangaben beziehen sich dann noch auf die Procentverhältnisse nach einzelnen Altersperioden auf die Zahlen bei Hysteroepilepsie.

Verf. wendet sich dann zu den „excitirenden" Ursachen. Aus den reichlichen Zahlenangaben seien einzelne hervorgehoben. Zwei Dritttheile aller Fälle kindlicher Epilepsie lassen sich nach Verf. auf die Zahnperiode zurückführen, der hauptsächliche Grund für die Convulsionen im Kindesalter ist Rhachitis.

Von *Gemüthseindrücken* ist es hauptsächlich die Furcht, welche Epilepsie verursacht; von der Pubertätszeit an sind es beinahe nur Frauen, welche so afficirt werden. Bei 65 Fällen konnte sicher eine *Kopfverletzung* constatirt werden, cr. 40 mal Fall auf den Kopf im übrigen Kopfwunden. *Sonnenstich* war bei 27 Kranken die Ursache; eine *acute* Krankheit bei 37; davon Scharlach in 19 Fällen; *Alcoholismus* und *Bleiintoxication* fand Verf. als Ursache bei einer Anzahl Kranken; vom *Tabackrauchen* konnte er keine excitirende Wirkung beobachten.

Ob die häufige Masturbation als Ursache oder Wirkung angenommen werden muss, ist schwierig zu entscheiden.

Unregelmässigkeit der *Herzaction* auch Herzfehler fand Verf. ziemlich häufig, und glaubt, dass er besonders erstere noch viel häufiger beobachtet hätte, wenn er diesem Umstande schon früher mehr Aufmerksamkeit zugewendet hätte. Verhältnissmässig häufig fand er besonders Verdoppelung des ersten Tones.

Ein weiterer Abschnitt ist den Symptomen der Krankheit gewidmet; Einer Berechnung der Häufigkeit der Anfälle je nach den Tageszeiten folgen Zahlen über die „*Aura*"; welche unter 1000 Fällen bei 505 beobachtet wurde. Verf. unterscheidet 7 Arten von Aura: eine einseitige; allgemeine; auf bestimmte Organe, namentlich vom Vagus innervirte, begrenzte; als Schwindel auftretende; in Kopfschmerz und ähnlichen Gefühlen bestehende; psychische; und in specifischer Sinnesempfindung sich äussernde Aura. Es werden die verschiedenen Arten von Empfindungen, das Vorkommen mehrerer Arten der Aura mit einander, die Weiterverbreitung der Aura über den Körper u. s. w. geschildert und bis Gelegenheit

19

anatomisch physiologische Erklärungen gegeben. Bei Besprechung der Arten der Krämpfe giebt Verf. seine Eintheilung der coordinirten Krämpfe, der Hysteroepilepsie, welche er unterscheidet in Hysteria major, Emprosthotonus; regelmässige Krämpfe in den Beinen (nur bei Frauen) und Stickanfälle.

Schliesslich behandelt Verf. noch das Wesen der Krankheit und kommt zu dem Schlusse, dass die Epilepsie bedingt sei durch „discharing lesions“ der grauen Substanz und zwar in der Regel der Hemisphären, manchmal auch der Medulla oblongata. Wahrscheinlich bestehe die Aenderung in unregelmässiger Ansammlung und Entladung von Nervenspannkraft bedingt durch Unstabilität der Widerstände. (Also im Wesentlichen Annahme der Theorie Hughling Jackson's). Karrer (Erlangen).

---

174) **Bevan Lewis**: The Physiological Action of Alcohol in its Relationship to Animal Heat, and its influence upon the vaso-motor Nervous System.

(Journ. of ment. sc. April 1880 pag. 20—31.)

Versuche an Kaninchen mittelst des Calorimeters ergaben, dass nach Alcoholgebrauch die gesammte Wärmeproduction immer gesteigert wird. Nur nach kleinen Dosen ist diese Steigerung kurz nach der Vèrabreichung nicht merklich, später aber immer. Sie ist um so stärker, erreicht ihren Höhepunkt um so später und hält um so länger an, je grösser die Dosis war.

Ausser der Wärme*production* wird aber auch die Wärme*abgabe* bedeutend vermehrt, und zwar diese am meisten zu Beginn des Versuches, während sie sich späterhin mehr der Norm nähert, und zwar um so später je grösser die Dosis war.

Dieses Verhältniss zwischen Wärme-Production und Verlust ist offenbar durch eine periphere vaso-motorische Parese bedingt. Da *Chloral* sich in den angeführten Punkten ganz ähnlich verhält wie Alcohol, so ergiebt sich daraus, wie grosse Vorsicht bei der Combination beider Mittel man anwenden sollte.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

175) **Edward G. Georghegan**: The Chemical Constitution of Cerebrine.

(Journ. of ment. sc. April 1880 p. 32—36.)

Der Vf. konnte Cerebrin auch im electrischen Organ von Raja torpedo, so wie in einem Leberkrebs nachweisen, allerdings nur in ganz geringen Mengen, Hoppe-Seyler fand es auch in den Eiterkörperchen, davon abgesehen kommt es aber nur in den Nerven und vorzugsweise in der weissen Substanz des Central-Nervensystems vor.

Der Verf. leitet aus seinen Analysen die Formel C 57 H 110 N 2 O 25 ab, während Müller seiner Zeit C 34 H 33 N O 6 annahm. Durch Behandlung mit Schwefelsäure bekam er einen festen Körper, den er *Cetylid* nennt. Sein Gewicht betrug 0,85 der ursprünglichen Cerebrin-Menge. Sein Schmelzpunkt liegt zwischen 62°

und 65° C., Verbrennungsanalysen lieferten im Durchschnitt 67, 98% C. und 10, 81% H. Die Formel berechnet sich daraus und aus den Zersetzungsproducten auf C 22 H 22 O 5. Durch Erhitzen mit Kali wird Cetylid zerlegt in *Palmitinsäure* und im Gasgemisch von 11, 44% C. H 4; 50, 73% H. 2 und 37. 83% N.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

176) **Sidney Coupland**: Spontaneous Hypnotism.

(Journ. of ment. sc. April 1880 pag. 41—55.)

Ein 12jähriger graciler aber geistig aufgeweckter Knabe, aus einer nervösen Familie stammend, der schon im Jahre 1877 einen 3 Wochen dauernden Anfall von Stupor erlitten hatte, erkrankte Ende August 1878 unter ganz eigenthümlichen Erscheinungen, die sich am ersten noch als Hysterie deuten lassen.

Seit Anfang August lebte er unter ungewohnten Verhältnissen in London in einem Lärm erfüllten Hause, bei Tage wirkten aufregende Zerstreuungen auf ihn, Abends blieb er ungewöhnlich lange auf. Am 24. ging es ihm sehr nahe, dass er nicht Cricket spielen konnte, er wurde ungewöhnlich ruhig, schlief aber die ganze Nacht nicht. Am nächsten Tage hatte er heftige Kopfschmerzen (Vater und Bruder leiden habituell daran), die Nacht war wieder schlaflos, am 26. Abends begann der gleich zu schildernde Zustand, der bis 6. September anhielt.

Der Kranke erkannte die ihn umgebenden Personen nicht, führte aber lange, zusammenhängende Gespräche mit einem abwesenden Spielcameraden. Diese Gespräche drehten sich meist um verschiedene Spiele, wobei der Kranke oft die entsprechenden Bewegungen markirte. Ab und zu kam er auf kürzere oder längere Zeit wieder zum Bewusstsein, der Wechsel zwischen beiden Zuständen wurde durch einen kurzen tiefen Schlaf eingeleitet. Während des bewusstlosen Zustandes wurde die Richtung seiner Delirien in gewissem Grade durch Sinneseindrücke beeinflusst, er ahmte z. B. das Geräusch eines wirklich vorbeifahrenden Eisenbahnzuges nach. Seine Mutter der er äussert anhänglich ist, konnte ihn durch einen Befehl von der ärgsten Exaltation zu Ruhe und Schlaf bringen, er sprach sie bei solchen Gelegenheiten mit dem Namen seiner Spielcameraden an. Am 3. September stammelte er in bewusstem Zustande, sprach aber ganz fliessend im unbewussten. Am 6. stellte er sich taub, am 8. blind, dann stumm, konnte aber mit geschlossenen Augen ganz gut schreiben. Anaesthetisch war er nie.

Während alle bis dahin angewandten Mittel nichts gefruchtet hatten, versuchte man am 10. September eine moralische Einwirkung mit dem besten Erfolg. Die Aerzte fanden den Kranken am Abend des genannten Tages im bewusstlosen Zustand, seiner Idee nach in einem Seegefecht. Berührt, schrie er, er sei verwundet, wurde aber doch vermocht aus dem Bette aufzustehen, immer noch schiessend und fechtend. Nachdem ihm das Gesicht mit einem nassen Handtuch war abgeklatscht worden, kam er plötzlich zu sich und verlangte ungestüm nach seiner Mutter, die zu sehen ihm vorerst verweigert wurde. Erst nachdem er sich selbst angekleidet hatte wurde er in das Speisezimmer geführt wo die Familie beim Souper

sass. Dort wurde er so empfangen, als ob weiters gar nichts vorgefallen wäre. Schüchterne Versuche zu stammeln, sich taub oder stumm zu stellen, wurden gar nicht beachtet und er schliesslich wieder in sein Zimmer zurückgeführt aus dem man mittlerweile alle die mannigfaltigen Kennzeichen einer Krankenstube weggeräumt hatte. Strenge Ueberwachung wurde anempfohlen. Einige Tage blieb er etwas still und in sich gekehrt, bald erholte er sich aber ganz gut.

Im Januar 1879 hatte er gelegentlich eines Tadels von Seite seines Lehrers wieder einen Anfall von Stupor. An Kopfschmerzen leidet er noch immer häufig (November 1879) und seine Auffassungskraft ist sehr veränderlich, bald ist sie sehr lebhaft, bald begreift er die einfachsten Dinge nicht.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

177) **Francis Wyatt Thurnam**: On the Connection between the Mental State and Inequality of the Pupils in General Paralysis.

(Journ. of ment. sc. April 1880 p. 63—41.)

Von 28 Paralytikern, deren rechte Pupille weiter war als die linke, waren 18 deprimirt, 7 exaltirt; von 24 mit links weiterer Pupille waren 15 exaltirt, 7 deprimirt. Es traf sich also häufiger Depression (Anfangsstadium) mit Erweiterung (Reizung), sowie Exaltation (Endstadium) mit Verengerung (Lähmung) der *rechten Pupille* zusammen, als umgekehrt. Der V. ist sehr geneigt diesen Umstand durch die stärkere Entwicklung der *linken Hemisphäre* zu erklären.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

178) **O. O. Motschutkowsky** (Odessa): Ein Reflexometer.

(Wratsch 1880. Nro. 6. russisch.)

Die Physiologen vermögen an Thieren schon recht genau die Geschwindigkeit des Eintretens der Reflexe zu bestimmen, doch konnten die von den Physiologen angewandten Methoden wohl wegen ihrer Complicirtheit keinen Eingang in die ärztliche Praxis finden. Diesem Mangel suchte Verfasser durch Erfindung seines Instrumentes abzuhelfen. Dasselbe entspricht in Form, Grösse und Mechanismus, der Hauptsache nach, einer Taschenuhr. Auf dem Zifferblatt lassen 3 Zeiger ganze, halbe, zehntel und tausendstel Secunden ablesen. Am Rande der Uhr ist ein in der Mitte durchbohrtes Knöpfchen angebracht, das sich niederdrücken lässt und nach Aufhebung des Druckes wieder emporschnellt. Gegenüber diesem Knöpfchen ist der Griff einer Feder zu sehen, bei dessen Berührung aus dem beschriebenen Knöpfchen eine Nadelspitze hervorspringt, deren Länge nach Willkür verändert werden kann. Durch dieselbe Feder wird eine Hemmung beseitigt und die Zeiger setzen sich in Bewegung vorausgesetzt jedoch, dass das erwähnte Knöpfchen niedergedrückt gehalten wird. Sobald das Knöpfchen wieder emporschnellt, greift die Hemmung wieder ein und das Uhrwerk steht still. Die Anwendungsweise ist jetzt leicht verständlich. Der Knopf des Instrumentes wird gegen das zu untersuchende Glied z. B. die Fusssohle, gedrückt und heimlich die Feder gerührt. Die Nadel springt in die Haut der Versuchsperson während zu gleicher Zeit das Uhrwerk sich in Gang setzt. Sobald nun reflectorisch der Fuss

fortgezogen wird, hört der Druck auf das Knöpfchen auf, es schnellt empor, und im selben Moment bleiben die Zeiger stehen. Man kann also bis auf 0,001 einer Secunde genau die Zeit bestimmen welche zwischen Hautreiz und Eintritt des Reflexes verstrich. Die Mängel des Instrumentes bestehen in Folgendem: 1. Es ist zu grob um an kleinen Thieren (Fröschen) angewandt werden zu können. 2. Es ist nicht an allen Körpertheilen des Menschen mit gleicher Bequemlichkeit anwendbar. 3. Reflexe, welche, wenngleich sichtbar, aber nicht genügend kräftig sind, werden nicht angezeigt.

Das Instrument ist zu haben beim Mechanicus Ch. Grubmann in Odessa. Buch (Ishewsk).

---

179) **Popow**: Faradisation des Unterleibs bei Ascites.
(Wratsch (Arzt) 1880. Nro. 22.)

Der 63jährige verabschiedete Soldat Jemeljanew wurde im Januar a. c. in das patrow'sche Landschaftshospital aufgenommen. Es fand sich bei ihm neben grosser Anämie und Arteriosclerose Anasarka beider Unterschenkel und Füsse und starker Ascites, Umfang des Bauches in der Höhe des Nabels 105 Centimeter die 2 Töne der Aorta und der Pulmonalis accentuirt, die obere Lebergrenze beginnt in der Axilearlinie an der 6., unterhalb des Schulterblattes an der 8. Rippe, die obere Milzgrenze an der 7. Rippe und geht von der 8. an nach unten in absolute Dämpfung über, die unteren Grenzen sind des Ascites wegen nicht zu bestimmen. Morgentemperatur im Rectum 37°,5, Abends bis 38°,0 Harnmenge 800 bis 1000 Cc. in 24 Stunden, der Harn reagirt schwach sauer, enthält Gallenpigment und trübt sich beim Kochen stark, welche Trübung durch Zusatz einiger Tropfen Cl. beträchtlicher wird. Der sehr dispnoische Kranke erzählt, dass er seit 1853 ernstlich an Intermittens leide, zum letzten Male im Dezember 1879; es hörten die Fieberanfälle auf und traten dafür die hydropischen Erscheinungen auf. Eine 2 Monate lang fortgesetzte Behandlung mit Diuretici, fol. Jaborandi und 2—4 Tropfen Fowler'schen Solution verminderten den Umfang des Unterleibs um 10 Cm., wobei die Milz als sehr harte, unempfindliche Geschwulst von 10 Cm. Höhe und 8 Cm. Breite palpirt werden konnte; es wurden nun alle Arzneien, ausser dem Arsen, fortgelassen und eine täglich ein Mal vorgenommene Faradisation der Bauchmuskeln und der Milz vermittelst eines Gaiffe'schen Inductionsapparates eingeleitet. Folgende Tabelle giebt die Resultate dieser Behandlung.

März.	Faradisation.	24stündige Harnmenge.	Specif. G.	Eiweiss.	Bauchumfang.	Grosser Durchmess.	Kleiner d. Milz.
22.	0	1200	1,025	Trübung	95 Cm.	10 Cm.	8 Cm.
23.	gemacht	3500	1,020	Trübung	88 „	9 „	7,5 „
24.	idem.	2400	1,020	Opalescenz	87 „	8½ „	7 „
25.	idem.	2000	1,020	schwach-opalisirend	86 „	8 „	7 „
26.	idem.	2200	1,020	idem.	85 „	8 „	7 „
27.	0	1650	1,025	idem.	85 „	8 „	7 „
28.	gemacht	2000	1,020	0	84 „	7 „	6 „
29.	idem.	2100	1,020	0	84 „	7 „	6 „
30.	0	1800	1,020	0	84 „	7 „	6 „
31.	gemacht	2000	1,020	0	83 „	7 „	5 „

Das Aeussere des Kranken hat sich gebessert, das Oedem der Füsse ist geschwunden, die Dyspepsie ist fort, die Milz verkleinerte sich aber nicht mehr und konnte wegen starken Schmerzes in der Rippengegend nicht mehr faradisirt werden.

April.	Behandlung die Spirale auf 1/2 zusammengeschoben.	24stündige Harnmenge.	Specif. G.	Eiweiss.	Bauchumfang.	Grosser Durchmess.	Kleiner d. Milz.
1.	gemacht	2200	1,015	0	82 Cm.	7 Cm.	5 Cm.
2.	idem.	2400	1,010	0	81 „	7 „	5 „
3.	0	1800	1,020	0	81 „	7 „	5 „
4.	0	1600	1,020	0	81 „	7 „	5 „
5.	gemacht	2100	1,020	0	80,5 „	7 „	5 „
6.	idem.	2400	1,015	0	80 „	7 „	5 „
7.	0	2000	1,020	0	80 „	7 „	5 „
8.	0	1800	1,020	0	80 „	7 „	5 „
9.	0	1600	1,025	0	80 „	7 „	5 „
10.	0	1200	1,025	0	80 „	7 „	5 „

Der Kranke entleerte sofort nach der Faradisation 200 Cc. Harn, an den von den Electroden häufiger gereizten Stellen zeigten sich zahlreiche Warzen. Patient fühlte sich jetzt wohl, sein Unterleib ist flach, zeigt keine Fluctuation und wurde am 18. April entlassen. Die Diät während seines Hospitalsaufenthalts bestand in 1 Teller Fleischsuppe, 2 Pfd. Weissbrod und 1 Kruge Milch.

Aus der vorliegenden Beobachtung geht hervor, dass die Faradisation die Diurese, ohne die Nieren zu reizen anregt und zugleich die Milz contrahirt, welche Wirkung bei Ascites nach Intermittens entschieden bedeutungsvoll erscheint.

Hinze (St. Petersburg).

---

180) **Bartens:** Geistesstörung nach Bleivergiftung.

(Allg. Zeitsch. f. Pysch. u. psych-gerichtl. Medicin; Bd. 37 p. 1 ff.)

Geisteskrankheiten in Folge chronischer Bleivergiftung treten, je nach der Disposition des Individuums, nach verschieden langer Einwirkung des Giftes u. z. entweder nach oder gleichzeitig mit andern Bleikrankheiten oder auch ohne solche auf. Der Verlauf ist entweder acut oder chronisch. Die Prodrome bestehen in Verdauungsstörungen, foetor oris, Abmagerung, bleichgrauer Gesichtsfarbe, schieferfarbenem Zahnfleichrand, Schwindel, Kopfschmerzen, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, Doppeltsehen, Zittern, unruhigem Schlaf, deprimirter Stimmung; bisweilen geht ein epileptischer oder kataleptischer Anfall voraus.— Die acuten Störungen sind meist kurzdauernde Tobsuchten, denen ein melancholisches Stadium vorausgehen kann; die chronischen meist tiefe Melancholien mit Hallucinationen und Wahnideen oder Paralysen.—

Die Prognose jener ist günstig — $^2/_3$ der Fälle sollen genesen — die der letzteren meist ungünstig.— In den vom Verf. beobachteten und mitgetheilten 9 Fällen ist durchgängig nachhaltige und tiefgreifende Ernährungsstörung, in 4 Fällen sind Lähmungserscheinungen leichterer Art beobachtet. 1 Fall wurde durch leichtes Zittern der Glieder eingeleitet, in 1 Fall besteht Chorea und in 1 Falle gingen chronische Krämpfe der Flexoren der Vorderarme voraus. Extensorenlähmungen sind in keinem Falle beobachtet.

Schaefer (Pankow).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 2) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 3) Eichberg (Rheingau), III. Hülfsarzt, sogleich, 900 M., fr. Station. 4) Halle a. Saale, I. psychiatr. Klinik a) Volontärarzt, 600—1200 M. fr. Station, b) Assistenzarzt. II. provinc. Anstalt, Assistenzarzt. 5) Grafenberg (Düsseldorf), a) Assistenzarzt 900 M., freie Station. b) Volontairarzt 600 M. freie Station. 6) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 1. August; 2000 M.; fr. Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 7) Allenberg (Ostpreussen) Assistenzarzt 1200 M. bei freier Station. 8) Eberswalde, Erster Assistenzarzt, 1. Juli, M. 1500, fr. Stat. 9) Schleswig, Irrenanstalt, a) Director 6500 Mark, Wohnung und Garten, für Feuerung 270 M. b) Hülfsarzt (vrgl. d. Anz.) 10) Hildburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei fr. St. 11) St. Urban (Canton Luzern), II. Arzt und stellvertr. Director 3000—3500 M. 12) Prrovinc.-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., fr Station. 13) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 14) Friedrichsberg bei Hamburg, Assistenzarzt. Meldungen an den Oberarzt Dr. Reye. 15) Marsberg, Volontairarzt, katholischer Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 16) Uckermünde in Pommern, Assistenzarzt, 1000 Mark und freie Station. 17) Görlitz (Privat-Irrenanstalt des Dr. Kahlbaum), Assistenzarzt, 1. Juli. 18) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, sofort, 900 M., fr. Stat. 19) Hofheim (Hessen), II. Assistenzarzt, 1600 M. freie Station. 1. Juli. 20) Pirna (Privat-Irrenanstalt des Dr. Lehmann) Assistenzarzt 1. Juli 120 M. per Monat fr. Station. 21) Wehnen (Oldenburg) Assistenzarzt, 1. August. — 22) Die Kreisphysicate: Adenau (Coblenz), Ahrensburg (Schleswig) Bublitz (Cöslin), Erkelenz (Aachen), Galdop (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Landshut (Liegnitz), Mogilno (Bromberg), Obornick (Posen), Osterode (Königsberg), Sensburg (Gumbinnen), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Wehlau (Königsberg), Wongrowitz (Bromberg), Wollstein (Breslau).

Ernannt. San.-Rath Dr. Klostermann zu Bochum zum Kreis-Physicus daselbst. Dr. Janert zu Alt-Dobern zum Physicus des Kreises Osterburg.

Auszeichnungen. Dr. Märklin in Wiesbaden und San.-Rath Dr. Warendorf zu Ilten zu Geheimen Sanitätsräthen ernannt. — Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Krahmer in Halle a. d. S. erhielt den Kronen-Orden III. Classe.

IV. Anzeigen.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. 1. August 1880. Nro. 15.

INHALT.

I. Originalien.

I.

Halbseitenläsion des Rückenmarks.

Von Dr. med. RICHARD SCHULZ,
Prosector am herzogl. Krankenhaus zu Braunschweig.

Die verhältnissmässig grosse Seltenheit derartiger Fälle veranlasst mich durch Mittheilung nachstehenden Falles die Literatur über diesen Gegenstand zu erweitern. Ich glaube um so weniger mit der Veröffentlichung zurückhalten zu sollen, als das Verhalten der Sehnenreflexe in den Fällen älteren Datums nicht geprüft und Untersuchungen über die elektrischen Erregbarkeitsverhältnisse der Nerven und Muskeln ebenfalls nicht vorgenommen worden sind, ausgenommen wenige Fälle neueren Datums. So fand Erb in einem

Falle von Halbseitenläsion durch intramedullären Tumor bedingt die Sehnenreflexe erheblich gesteigert; Joffroy und Solmon, Remak beobachteten mehrere Wochen nach einer traumatischen Halbseitenläsion Dorsalklonus am gelähmten Fusse. Die elektrische Erregbarkeit betreffend fanden W. Müller, Joffroy und Solmon in mehreren Fällen beträchtliche Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit, Erb nur eine leichte Verminderung der electrischen Erregbarkeit der gelähmten Seite.

Der mitzutheilende Fall ist folgender:

In der Nacht vom 8. November 1879 wurde der Arbeiter Louis Tönnies, 29 Jahre alt, von mehreren Arbeitern überfallen und ihm verschiedene Stiche auf dem Rücken mit einem Messer beigebracht. Auf seinen Hülferuf eilten verschiedene Leute herbei, man fand den Tönnies am Boden liegend, das Messer, mit welchem ihm die Stiche beigebracht waren, steckte noch im Rücken des Tönnies und zwar so fest, dass es nur mit grosser Anstrengung von einem der Herbeigeeilten herausgezogen werden konnte, indem er mit beiden Händen zog, während er mit seinem Fuss gegen den Rücken des Tönnies trat. Der Verletzte wurde in das herzogliche Krankenhaus gebracht. Nach Mittheilung der denselben behandelnden Aerzte war Tönnies am ganzen Körper verhauen, contusionirt, blutrünstig geschlagen, der ganze Körper war schmerzhaft. Er hatte 4 Stiche erhalten, von welchen uns jedoch nur einer interessirt zwischen dem *Processus spinosus* des *5. und 6. Brustwirbels* von der Mittellinie um ein Geringes nach *Rechts* abweichend. Der Stichkanal hatte sich 5 Ctm. tief etwas nach Aussen und Oben abweichend sondiren lassen, freiliegender Knochen war nicht mit der Sonde gefühlt. Aus diesem Stichkanal war das Messer herausgezogen worden. Von weiteren Mittheilungen der behandelnden Aerzte hebe ich hervor, dass schon im Krankenhaus, sobald die allgemeine durch die erhaltenen Hiebe bedingte Schmerzhaftigkeit des Tönnies nachgelassen hatte, *Anaesthesie des linken Beines*, *Hyperaesthesie und leichte Parese des rechten Beines* constatirt wurden, dass ferner der Kranke in den ersten Tagen *unwillkürliche Stuhlentleerungen* und *Urinretention* hatte, so dass er katheterisirt werden musste. Nach drei wöchentlichem Aufenthalt im Krankenhause waren seine Wunden geheilt und er wurde entlassen.

Am 25. Mai d. Jahres stellte sich mir der Patient vor und war der Status praesens folgender:

Mittelgrosser, untersetzt gebauter Mann von kräftigem Knochenbau und gut entwickelter Muskulatur.

Der Patient klagt über eine lähmungsartige Schwäche im rechten Bein, leicht eintretendes Zittern desselben, grosse Schmerzhaftigkeit der Haut des rechten Beines und rechten Seite des Rumpfes, ferner über das Gefühl von Kribbeln und Eingeschlafensein im linken Fuss und Bein.

Patient zieht beim Gehen das rechte Bein etwas nach. Auf dem Rücken findet sich zwischen dem Processus spin. des 5. und 6. Brustwirbels, um ein Geringes von der Mittellinie nach rechts abweichend eine horizontale $1^1/_2$ Ctm. lange Narbe.

Die oberen Extremitäten sind vollkommen normal. Die *rechte* untere Extremität ist gering *abgemagert*, durchweg etwa 1 Ctm. an Umfang geringer als die linke.

Temperaturunterschiede oder *Farbenunterschiede* der *Haut* der Beine sind *nicht* zu finden.

Muskelgefühl und *Muskelsinn* im linken Beine normal; im *rechten* dagegen *vermindert*. Patient ist nicht im Stande bei geschlossenen Augen mit Genauigkeit die Lagerveränderungen seines rechten Beines anzugeben.

Die *Kraft* des *rechten* Beines ist etwas *vermindert*, die *Motilität gestört*, Bewegungen werden schwerfälliger und unsicherer ausgeführt, die des linken vollkommen normal.

Ataxie ist *weder rechts noch links* vorhanden, desgleichen keine Muskelspannungen.

Die Haut des *rechten* Beines und der *rechten Rumpfhälfte* genau bis zur Mittellinie ist bis zu einem um den Körper in der Höhe des 7. Brustwirbels gedachten Ringes in hohem Grade *hyperaesthetisch*. Ueber dieser hyperaesthetischen Hautparthie lässt sich mit Sicherheit eine rechtsseitige bis zum 6. Brustwirbel reichende *anaesthetische Zone* constatiren, eine darüber vorkommende hyperaesthetische Zone fehlt hingegen, oder lässt sich wenigstens nicht sicher nachweisen.

Kitzelgefühl ist *rechts sehr lebhaft*, Tastsinn feiner; Schmerzsinn hochgradig gesteigert; Temperatursinn normal. Für *den galvanischen* und *faradischen* Strom ist die Haut *rechts ungemein empfindlich*, am linken Bein und Rumpf ist die Empfindlichkeit dafür normal, vielleicht etwas herabgesetzt.

Am *linken Bein* und *Rumpf* werden *feine Berührungen* mit ziemlich *grosser Sicherheit gefühlt* und verhältnissmässig rasch und sicher localisirt, Spitze und Kopf einer Nadel werden unterschieden, hingegen verursachen *tiefe Nadelstiche* auf der *ganzen linken Seite* hinauf bis zum 6. Brustwirbel *keine schmerzhafte Empfindung*. Also *Erhaltung des Tastsinns* aber *Analgesie*.

Ueber diesem Gebiet der Analgesie zieht sich links um den Körper eine schmale *hyperaesthetische Zone* der anaesthetischen der rechten Seite entsprechend. Kitzelgefühl, Temperatursinn links normal.

Sehnenreflexe links normal, *rechts* hingegen *bedeutend gesteigert*. *Patellarreflex* beim leisesten Klopfen *sehr lebhaft*, *starker Dorsalclonus* des *rechten Fusses*, sonstige Reflexe von den Knöcheln, der Tibia können nicht ausgelöst werden.

Weder die *galvanische noch faradische Erregbarkeit* der Nerven und Muskeln zeigte im rechten Bein *eine Veränderung* gegenüber dem linken; an beiden Beinen traten am N. peron. die ersten KaS. Zuckungen bei 10 Elementen einer Stöhrer'schen Zinkkohlebatterie und 10° Nadelausschlag des Erb'schen Galvanoscops bei 150 L. W. auf. Entartungsreaction in den abgemagerten Muskeln des rechten Beines nicht vorhanden.

Harn- und Stuhlentleerungen gehen normal von Statten.

Geschlechtliche Potenz unvermindert.

Epicrise. Wir haben es nach dem Mitgetheilten mit einem sehr scharf charakterisirten Falle von Halbseitenläsion des Rückenmarks zu thun. Das Rückenmark war durch den Stich zwischen 5. und 6. Dorsalwirbel rechterseits verletzt, daher *rechtsseitige Parese* und *Hyperaesthesie*, *linksseitige Analgesie*, also nur Aufhebung der Schmerzempfindung nicht auch der Tastempfindung wie im Falle Gower's, (Unilateral gunshot injury of the spinal. cord. Lancet, 1877. Nov. 17. p. 728,) weil der Stich wohl nur die hintere Parthie der Seitenstränge getroffen hatte, ohne die Hinterstränge, welche die Tastempfindung vermitteln, zu verletzen.

Bemerkenswerth in unserem Falle ist noch, dass der Muskelsinn auf der rechten Seite vermindert ist, ein neuer Beweis der Behauptung Brown-Séquard's, dass die Bahnen für den Muskelsinn ungekreuzt verlaufen, ferner ist noch hervorzuheben die *bedeutende Steigerung der Sehnenreflexe* auf der paretischen Seite und die nicht veränderten elektrischen Erregbarkeitsverhältnisse.

Für die cutane Hyperaesthesie auf der der verletzten Seite des Rückenmarks entsprechenden Körperseite ist von den Physiologen noch immer keine Erklärung gefunden. Meiner Ansicht nach fällt sie mehr oder weniger mit dem Phänomen des Transfert de la sensibilité bei metalloscopischen Experimenten, welches jetzt so viel discuttirt wird, zusammen, und eine physiologische Erklärung des Transfert wird uns auch Aufklärung über das Zustandekommen der Hyperaesthesie bei Halbseitenläsion bringen.

II.
Eine praktische Anwendung der Lehre vom Transfert.

Von Dr. H. KAISER in Dieburg.

Schon lange bevor die Erscheinungen des Transfert wissenschaftlich beobachtet und begründet wurden, habe ich an mir selbst ein Verfahren angewandt, welches, ohne Zweifel auf dem Transfert beruhend, niemals seine Wirkung versagte.

Sobald ich nämlich an irgend einer Stelle meines Körpers einen Schmerz empfand, richtete ich meine ganze Aufmerksamkeit auf den Sensibilitätszustand der symmetrischen Stelle der andern Körperhälfte, indem ich die Einbildung in mir zu erregen suchte, dass die Schmerzempfindung von der letzteren ausgehe. Zur leichterer Realisirung dieser Intention reizte ich die Hautnerven der symmetrischen Stelle durch leichtes drüber Hin- und Herfahren oder Kitzeln mit den Fingerspitzen, indem ich dabei völligen Ruhezustand in körperlicher und geistiger Hinsicht bei mir zu erwirken und durch gleichmässige den Thorax namentlich auch in seinem obern Theile hebende und senkende Athemzüge die Blutcirculation zu erleichtern suchte.

War es mir gelungen, den Schmerz als von der symmetrischen Stelle ausgehend zu fühlen, so hörte er an der primären Stelle auf, um aber meistens nach einiger Zeit auf dieser, jedoch vermindert, wiederzukehren, worauf er auf dieselbe Weise wieder zuerst auf die symmetrische verlegt werden konnte.

Dieses Alterniren fand gewöhnlich mehrmals mit immer schwächerer Intensität statt.

Wenn es mir auch nicht gelingen konnte, bei nicht eben erst beginnender, sondern auf bereits entwickelten pathologischen Veränderungen beruhender Neuralgie, z. B. bei einer durch einen cariösen Zahn verursachten, die Schmerzempfindung ganz und dauernd zu beseitigen, so konnte ich doch immer temporären Schmerznachlass erzielen.

Ich schrieb die beobachtete Erscheinung, welche ich früher aus Furcht, als Phantast verlacht zu werden, nicht zu veröffentlichen wagte, den Schwankungen der thierischen Electricität zu und war überzeugt, dass sich solche auch bei einseitigen Sensibilitäts- und Motilitätserregungen eines Körpertheils in diesem sowohl wie in dem symmetrischen — bei dem einen in Plus, bei dem andern in Minus — nachweisen lassen müsse, und bedauerte s. Z. lebhaft keinen empfindlichen du Bois-Reymond'schen Multiplicator zur Disposition zu haben.

Da heute die oben erwähnten Bedenken wegfallen, so halte ich es für geboten, diesen kleinen aber meiner Erfahrung nach praktisch nützlichen Beitrag zur Lehre vom Transfert nicht länger zurückzuhalten.

Es scheint mir nicht unmöglich, dass sogar manche im Entstehen begriffenen Entzündung, wenn sie sich gleich Anfangs durch Schmerz bemerkbar machen, auf obige Art coupirt werden können.

II. Referate.

181) **A. de Watteville**: The conditions of the unipolar stimulation in physiology and therapeutics.

(Brain 1880 part. IX.)

Wenn es richtig ist, dass in einem aus verschiedenen Elektrolyten bestehenden Stromkreis der Grenzabschnitt zwischen jedem Paar vor Elektrolyten, je nach dem der Strom aus ihnen austritt oder in sie eintritt, Kathode oder Anode darstellt, so muss auch am lebenden Körper Anode oder Kathode an jedem Punkte sein, wo der Strom von einer Flüssigkeit in die andere, von einem Gewebe zum nächsten übertritt. Befindet sich der positive Pol z. B. über einem Nerven an der Haut, so tritt ein Theil des Stromes durch die Epidermis und die darunter liegenden Theile in den Nerven ein, dort befindet sich die „virtuelle Anode" (de W.): Die übrige Elektricitätsmenge verlässt bei der besseren Leitungsfähigkeit der umgebenden Gewebe den Nerven: Da wo sie aus ihm austritt, befinden sich die „virtuellen Kathoden". Die Dichtigkeit des Stromes an den virtuellen Elektroden hängt ganz von physikalischen Bedingungen ab d. h. der zufälligen Stellung der wirklichen (aktuellen) Elektroden und der relativen Leitungsfähigkeit des Nerven und der ihn umgebenden Gewebe.

Ruht also z. B. die Anode über dem Nerven, so wird trotz der grösseren Dichtigkeit der virtuellen Anode doch die virtuelle Kathode überwiegen, da ihre reizende Kraft bei Stromesschluss grösser ist, als diejenige des positiven Pols bei der Stromesöffnung. Ob Öffnungs- oder Schliessungszuckung eintrit resp. stärker ausfällt hängt dann ab von dem Verhältniss der relativen Strom*dichten* $\frac{D-}{D+}$ zu den Reizwirkungen $\frac{S+}{S-}$

Man erinnere sich, dabei dass *nur* das Entstehen des Katelektrotonus und *nur* das Verschwinden des Anelektrotonus ein Reiz für den Nerven ist, und dass der erstere (Katelektrotonus im Entstehen) ein stärkerer Nervenreiz ist, als der letzte (Vergehen des Anelektrotonus). — Brenner erklärt bekanntlich die Anodenschliessungs- und die Kathodenöffnungszuckung durch das „Uebergreifen" der einen Polwirkung auf die andere. — Wenn dieser Erklärungsversuch richtig ist, so bedarf es keiner Versuche weiter die bipolare (physiologische) mit der unipolaren (der elektrotherapeutischen, Brenner'schen) Methode in Uebereinstimmung zu bringen: es besteht eben im Wesentlichen gar keine Differenz. Nur einen Unterschied giebt es zwischen beiden Untersuchungsmethoden: es fehlt bei der unipolaren Methode der *hemmende* Einfluss der peripheren Elektrode auf die centrale. Bekanntlich ist es die „dritte" Pflüger'sche Stufe wo diese Dinge zum Ausdruck kommen: Der starke anelektrotonische Zustand hemmt (bei aufsteigendem Strom) den Reiz des centralwärts entstandenen Katelektrotonus und die negative Modification an der Kathode hemmt (bei absteigendem Strom) nach der Oeffnung der Kette das Zutagetreten des centralwärts, eben durch jene Oeffnung entstandenen und durch das Verschwinden des Anelektrotonus bedingten Reizzustandes. — Praktisch wichtig ist demnach nach de W., dass es überhaupt nur schwer möglich ist, irgend wie einen nennenswerthen anelektrotonischen Zustand an einem Nerven im lebenden Körper herzustellen: die sedative, die beruhigende, reizmindernde Wirkung der Anode besteht nach Verf. nicht, resp. kommt nur ungemein schwach am lebenden Menschen zum Ausdruck; für die Untersuchung indessen, für die Diagnose ist die Brenner'sche Methode von dauerndem Werth. —

(Bekanntlich ist die vom Verf. in dieser Abhandlung vertretene Grundanschauung *zuerst* von Helmholtz ausgesprochen worden. Bei seinen Versuchen über das Vorhandensein elektrotonischer Zustände am Nerven lebender Menschen kam Erb zu entgegengesetzten Resultaten wie Eulenburg, der eine Uebereinstimmung mit den physiologischen Untersuchungsresultaten gefunden hatte. — Helmholtz wies darauf hin, dass die Diffusion der Electricität in die unmittelbare Nachbarschaft des geprüften Nerven so beträchtlich sein muss, dass die Annahme vollkommen gerechtfertigt sei, dass dort die Wirkung des entgegengesetzten Poles zum Ausdruck käme. Uebrigens ist sich de W. in seiner Abhandlung dieser Priorität der Helmholtz'schen Anschauungen über diese Frage wohl bewusst).

M. Bernhardt (Berlin).

---

182) **William A. Hammond:** A Case of progressive facial atrophy with remarks on the pathology of the disease. (Vortrag in der New-York neurological Society im März 1880)

(The Journal of nerv. and ment. disease. Bd. V. 2.)

Bei einem 14 jährigen Mädchen hatte sich seit 2 Jahren ein Unterschied zwischen den beiden Gesichtshälften bemerklich gemacht. Allmählig waren im linken Gesicht 3 Gruben entstanden; gerade über dem Mundwinkel, dann darunter und etwas nach aussen von dieser und in der vorderen Temporalgegend. Die übrigen Erscheinungen waren: zeitweises rasch vorübergehendes Gefühl von Taubheit linkerseits; auf den linken Orbicularis oris beschränkte Sensibilitätsabnahme, verminderter Haarwuchs an der betroffenen Schläfenstelle; Verkleinerung der Zunge links, Abweichung derselben nach links und Abflachung des weichen Gaumens auf der linken Seite. Es mangelten Störungen der Articulation, des Geschmacks, der Sensibilität.

Verf. recapitulirt im Anschluss an den mitgetheilten Fall die von den einzelnen Autoren aufgestellten Theorien, um schliesslich auf seiner schon früher dargelegten Ansicht zu beharren, dass dem krankhaften Processe eine Erkrankung des Facialiskernes zu Grunde liege.

Ferner giebt Verf. noch den microskopischen Befund der erkrankten Muskeln, welche er in 2 Fällen am Lebenden harpunirte. Es fand sich reine Atrophie der Muskelfasern ohne irgend welche Degeneration. Karrer (Erlangen).

---

183) **J. C. Shaw:** Subacute myelitis of the anterior horns, with limited sclerosis of the lateral and posterior columns.

(The Journal of nerv. and ment. disease Bd. V. 2).

Bei einer 50jährigen Näherin, welche nach einer heftigen Erkältung unter Fiebererscheinungen erkrankt war und in Verlauf von 6 Wochen völlige Lähmung der Extremitäten bekommen hatte, stellte Verf. obige Diagnose. Pat. zeigt ferner ängstlichen Gesichtsausdruck, klagte Schmerzen auf der Brust, ihre Sprache war erschwert, die Sensibilität der gelähmten Glieder veringert, die faradische Reaction erloschen; die Armmuskeln abgemagert; Starre der Muskeln und Bulbärsymptome fehlten. Der Tod trat nach cr. 12 wöchentlichem Krankenlager ein.

Die microskopische Untersuchung bestätigte die gestellte Diagnose. Die Ganglienzellen waren geschwellt, getrübt, ohne Kern, ohne Fortsätze, zum Theil in Pigment- und Fettdegeneration; in ihrer Umgebung fand sich Granularentartung. Ausserdem fand sich in dem Cervical- und Dorsaltheil des Rückenmarkes leichte Sclerose der Seitenstränge, Goll'schen Stränge und der „Rubans externes“ (Charcot) der Hinterstränge. Die beiden beigegebenen Zeichnungen geben ein Bild der Sclerose in mehr schematischer Weise.

Karrer (Erlangen).



184) **Burkart** (Marienberg-Boppard): Die chronische Morphiumvergiftung und deren Behandlung durch allmäliche Entziehung des Morphium.

(Bonn bei Max Cohen und Sohn, 1880. 184 Seiten.)

Verf. hätte nach unserer Ansicht besser gethan, seiner vorzüglichen Arbeit einen kürzeren Titel, und speziell dem in Rede stehenden krankhaften Zustand eine andere Bezeichnung zu verleihen. Ersteres, aus dem Grunde, weil „die allmälige Entziehung des Morphium“ von ihm nicht zuerst angewandt, sondern nur weiter ausgebildet und modificirt worden ist; das andere deshalb, weil „Chronische Morphiumvergiftung“ eine ziemlich unprägnante und matte Bezeichnung für einen Zustand ist, in welchem die *Sucht*, der *krankhafte Trieb* nach Morphium und der daraus resultirende *Missbrauch* desselben so sehr im Vordergrund stehen. Indess, das mag Gemackssache sein.

Bei der Definition des chronischen Morphinismus sagt Verf. Die Ursache, wegen deren das M. zuerst verabreicht wurde, sei verschwunden. Die Ursache ist jedoch keineswegs immer geschwunden, was Verf. an anderer Stelle auch selbst anführt. — In seiner Monographie vermisst man verschiedene Literaturangaben, z. B. die Arbeiten von Obersteiner, Richter, Lewin, Kormann, Wittkowsky. — Verf. unterscheidet zwischen den Symptomen des eigentlichen chronischen Morphinismus und den Symptomen der Morphium-Inanition. „Beide Symptomengruppen ähneln in ihrem Wesen sehr den bezüglichen Erscheinungen des habituellen Alkoholmissbrauchs“. Die grosse Aehnlichkeit zwischen diesen beiden Krankheitsformen wird mit Recht an verschiedenen Stellen hervorgehoben.

In Bezug auf die Symptomatologie, die Verf. in allen Punkten vortrefflich zur Darstellung gebracht hat, weicht er in manchen Punkten von anderen Autoren ein wenig ab. So fand er im Gegensatz zu Levinstein selbst bei anscheinend bedeutender intellektueller Capacität und unveränderter psychischer Leistungsfähigkeit nach näherer Prüfung doch stets eine direkte Beeinträchtigung dieser Faktoren nach einer gewissen Richtung hin. Aufrichtige Kranke geben in diesen Fällen auch zu, dass sie selbst eine Abnahme ihrer geistigen Qualitäten bemerkt haben: sie seien vergesslicher und schlaffer geworden, hätten keine rechte Freude mehr am Schaffen und am Geschaffenen, ihr Charakter habe sich geändert, sie seien unzuverlässiger geworden etc. Wie viel von diesem psychischen Zustand auf Rechnung des beschämenden und lähmenden Gefühls der absoluten Abhängigkeit von dem Mittel gesetzt werden muss, hat Verf. unerörtert gelassen. Gerade bei hochbegabten und feinfühlenden Personen wird dieser Faktor nicht gering anzuschlagen sein.

Auch in Bezug auf die Sehnenreflexe, das Doppelsehen und Pupillendifferenz konnte Verf. Levinstein's Beobachtungen nicht bestätigen, indem er erstere nur herabgesetzt, nicht aufgehoben fand die beiden anderen Symptome jedoch nie bemerkt haben will. Albuminurie und Glykosurie kam auch in seinen Fällen bei länger dauerndem Morphinismus vor, doch trat erstere stets als ein con-

standes Symptom, nie passager auf. Typisches, regelmässig intermittirendes Fieber und Milzanschwellung konnte Verf. nicht beobachten, wohl aber zuweilen kurz nach einer Injektion rasch vorübergehende leichte Fieberbewegungen, was er auf zufällig mit der M.-Lösung zugleich eingeführte fiebererregende Stoffe zurückführt. — Statt der charakteristischen Enge der Pupillen kam ausnahmsweise auch einigemale Erweiterung derselben vor. — Die Ataxie beruht wie beim chronischen Alkoholismus anfänglich nur auf functioneller Störung der Leistungsfähigkeit der centralen und peripheren motorischen Endapparate sowie der Sensibilität und kann in diesem Stadium durch verstärkte M.-Zufuhr auf kürzere oder längere Zeit beseitigt werden.

Ueberhaupt ruft der fortgesetzte Missbrauch des M. im Allgemeinen schliesslich ganz dieselben Erscheinungen hervor, zu deren Milderung und Beseitigung das Alkaloid ursprünglich angewandt wurde.

Die Symptome der Morphium-Inanition sind im Allgemeinen denen des eigentlichen chronischen Morphinismus sehr ähnlich; doch kommen bei ersterer nicht selten noch einige Besonderheiten vor, so z. B. neben Gesichtstäuschungen auch Gehörs- und Geschmackshallucinationen, beängstigende Wahnvorstellungen und zuweilen sogar wirkliche Tobsucht, ein Verhalten, das von Levinstein als Delirium trem. acut. e morphinismo bezeichnet worden ist; ferner häufig Pupillendifferenz und Hyperästhesie der Retina; zuweilen Urticaria. Verf. selbst hat die hier in Betracht kommenden Zustände indess nur 2 mal beobachtet, da sie nur bei der plötzlichen Entziehungskur deutlich hervortreten.

Bei der Autopsie findet man Herzveränderungen und Blutfülle der meisten Organe, besonders des Hirns und seiner Hüllen. Ein lethaler Ausgang ist selten und rührt dann meist von Hämorrhagien her. Letztere beruhen am letzten Ende auf der durch die verlangsamte Herzthätigkeit und die gleichzeitige Erschlaffung des Gefässtonus bedingten starken Stauung in den Venen und Capillaren.

Wie die anderen Autoren fand auch Verf., dass die Morphinisten meist schon vor dem Abusus exaltirte, sonderbare, oder hysterisch und melancholisch beanlagte Individuen waren und häufig aus hereditär belasteten Familien stammten. Im Allgemeinen ist der Morphinismus viel häufiger in den gebildeten Ständen zu treffen. Sehr gefährdet sind solche Berufsclassen, die bei strengen Anforderungen im Dienste vielem Verdruss und Aerger ausgesetzt sind. Die Gefahr, dem Morphinismus zu verfallen, ist um so grösser, je leichter das Mittel zu erlangen und je angenehmer die Wirkung der ersten Injektion ist. Dass das männliche Geschlecht ein viel grösseres Contingent als das weibliche stellt, rührt grösstentheils davon her, dass sich der Mann seines Berufes wegen nicht leicht von dem einmal eingerissenen Abusus losmachen kann.

Die Prognose ist insofern ungünstig, als grosse Neigung zu Recidiven bestehen bleibt.

Eine rationelle Therapie ist eigentlich nur in einer geschlossenen Anstalt möglich, wenigstens gilt dies von der plötzlichen

Entziehungsmethode. Verf. wendet statt dieser jedoch die allmäliche Abgewöhnungscur an. Er hat dieselbe bis jetzt in 36 Fällen erprobt und kann sie nur empfehlen. Die ganze Cur dauert bei seinem Verfahren 15—25 Tage, ausnahmsweise 4—7 Wochen. Anfänglich werden täglich 2—3—4 Injekt. gemacht, bei denen die Dosis nur wenig verringert ist, erst nach einigen Tagen wird dieselbe auf die Hälfte reducirt. Von da an wird innerlich 2—4 mal täglich 0,03—0,09 Opium purum gereicht. Die allmäliche Substitution des Morph. durch das Opium ist überhaupt der Kernpunkt von Verf.'s Methode.

Sodann können die Nachmittagsinjectionen ganz weggelassen werden, später die Mittags- und Morgeninjektion und zuletzt die Abendeinspritzung. Zuweilen ist es gut, anfänglich die Dosis der Mittags- und Nachmittagsinjection mit auf die beiden anderen Tageszeiten herüberzunehmen und für die ausgefallene Injection eine grössere Dosis Opium zu reichen. Die Cur wird durch Bäder unterstützt, die im Anfang lauwarm sein müssen, in der Reconvalescenz dagegen besser kühl sind. Mässige Bewegung in frischer Luft ist ebenfalls empfehlenswerth.

Bei diesem Verfahren bleiben fast alle unangenehmen und drohenden Erscheinungen aus, die Kranken behalten Appetit und kommen nicht so sehr herunter. Auch sind die Recidive nach Verf.'s Methode nicht häufiger als nach der plötzlichen Entziehung.

Das schwierigste Problem ist und bleibt, die Rückfälle zu verhüten. Vor allem muss daher, worauf schon Erlenmeyer hinwies, das causale Leiden ergründet und beseitigt werden, welches zu Anwendung des Morph. die erste Veranlassung gab. Bei unheilbaren Leiden sowie bei allen durch den Morph.-Abusus bereits gesetzten organischen Veränderungen ist von der gänzlichen Entziehung des Mittels abzurathen und höchstens die Dosis etwas einzuschränken. Wo nach der Entziehung ein andauerndes schweres Siechthum sich einstellt, das keinem anderen Mittel weichen will, muss das Morphium wieder gestattet werden. Nervosität, Neigung zu Gastro-Intestinalstörungen, spontaner Wechsel der Pupillenweite fordern bezüglich eines Recidiv's zu besonderer Vorsicht auf. Die Reconvalescenten müssen in eine durchaus sympathische Umgebung, wo sie von einer geeigneten Person beständig überwacht werden und eine leichte, passende Beschäftigung übernehmen. Ist keine Contraindication vorhanden, so empfiehlt sich zur völligen Stählung des Nervensystems eine 3—4 wöchentliche Wassercur. (Aber nicht zu energisch! Ref.) Reinhard (Dalldorf.)

---

185) **Rotter**: Durchbohrung des Schädels mittelst eines Nagels, epileptische Krämpfe, Entfernung des Nagels, Aufhören der Anfälle.

(Przeglad lekarski 3. April 1880. Nro. 14.)

Der Bäcker Jacob F. in Rzezow stiess, aus einem niedrigen Hause tretend, mit dem Kopfe an die Dachtraufe und fühlte sich festgenagelt. Nachdem er sich gewaltsam losgemacht, empfindet er etwas Schmerz an der Stelle des Stosses, entdeckt aber keine

Wunde oder Blutung am Kopfe. Vom 2. Tage ab 3 Tage hindurch Schwellung der Stelle danach völlige Gesundheit. Nach einiger Zeit bemerkt er ein Wärzchen an der Stelle, nach dessen Entfernung eine kleine etwas blutende Wunde, die sich bald schliesst. 3 Jahre hindurch bleibt Pat. völlig gesund. October 1879 Anfälle von Erstarren der linken Oberextremität, die einige Minuten dauern und sich drei oder vier mal in der Woche wiederholen. Anfangs November 1879 plötzlicher Anfall von Schwindel und Zuckungen im ganzen Körper beim Einschieben des Brodes in den Ofen, so dass Patient zu Boden fällt, ohne das Bewusstsein zu verlieren. Er sieht Alles, was um ihn vorgeht, ruft sogar seine Frau zu Hilfe, die ihn wegen seines Stammelns nicht versteht. Die Dauer des Anfalls vermag er nicht anzugeben, erinnert sich jedoch, dass die Arme sich ihm nach hinten drehten und die Sprache sich änderte. Nach 3 Stunden ein 2. leichterer Anfall der einige Minuten dauert. Danach leichtes Zittern des Körpers. Am 2. Tage wird folgender status praesens aufgenommen.

J. F. 45 Jahre alt, mittelgross, von schlaffer Körperkonstitution, mässig genährt, blass, liegt mit ängstlichem Ausdruck zu Bett und klagt über allgemeine Schwäche, Erstarren, Schwindel, Haut schwitzt leicht, conjunctivae leicht injicirt, Pupillen etwas erweitert, auf Lichtreiz träge reagirend, Puls 70 weich, Temperatur nicht erhöht. Verstandeskräfte, Motilität u. Körperfunctionen ungestört. Auf dem kurzgeschorenen Kopfe $2^1/_2$ Cm. über der Kranznaht, entsprechend der Pfeilnaht eine seichte Vertiefung der Kopfhaut, stark mit dem Knochen verwachsen, $^1/_2$ Cm. gross. Auf ihrer Mitte ein linsengrosses, mit schlaffen, leicht blutenden Granulationen bedecktes Geschwürchen, durch das die Sonde leicht $1^1/_2$ Cm. tief eindringt, ohne auf cariösen Knochen zu stossen. Da es sich um eine künstliche Oeffnung im Knochen handelt, so wird tiefere Sondirung unterlassen. Unter angemessener Behandlung bis Febr. ziemlich seltene und leichte Anfälle. Da bringt Pat. eines Tages freudig verwundert das Bruchstück eines Nagels ohne Kopf, das er beim Kämmen aus der geschilderten Oeffnung am Kopfe herauszog. Der Nagel gehört zu den kopflosen Schindelnägeln, das offenbar vor langer Zeit abgebrochene Fragment ist 2 Cm. lang über 2 Mm. Dick und etwas gebogen, das andere Ende spitzig, etwas gekrümmt, die Oberfläche viereckig, mit Blut bedeckt. Die Wunde ist noch $1^1/_4$ Cm. tief, ihre Wände hart, mit Granulatitionen bedeckt. Nach Vernarbung derselben fühlt sich Jacob F., bis auf Erstarren der linken grossen Zehe und des rechten kleinen Fingers, das vom ersten Krampfanfall herrührt, völlig gesund.

Landsberg (Ostrowo).

---

186) **J. S. Jewell:** Nature and Management of Sleepnessess.

(The Journ. of nerv. and ment. disease Bd. V. 2, psy. 189—202.)

Verf. giebt zuerst eine Theorie des Schlafes. Der Schlaf wird nach seiner Annahme erzeugt durch Anämie in bestimmten Hirnbezirken und zwar in den sensitiven und jenen, welche der Sitz der Gemüthsbewegung sind.

Die Contraction der Gefässe ist bedingt durch einen Anstoss vom vasomotorischen Centrum aus, und dieses hinwiederum wird

in Thätigkeit versetzt durch einen Reiz, welcher von der Hirnrinde ausgeht. Es komme bei der Hirnthätigkeit schliesslich ein Punkt, wo durch die Ernährungs- und Circulationsverhältnisse dieser Reiz hervorgerufen würde; vielleicht könnten auch Ermüdungsproducte dabei einwirken. Vom klinischen Standpunkte aus seien dreierlei Formen von Schlaflosigkeit zu unterscheiden.

1. Schlaflosigkeit in Folge von *Hirnhyperaemie*. Dieselbe kann entstehen durch behinderten Abfluss des venösen Blutes ins Herz, und durch Ueberanstrengung des Gehirns. Die mit der Thätigkeit des Hirns gesetzte Hyperaemie bleibt auch bei Nachlass der Thätigkeit bestehen, entweder weil die Contractilität der Muskelfasern verloren gegangen, oder die vasomotorischen Nerven ermüdet sind. Erhöhte Temperatur des Kopfes, contrahirte Pupillen, Gefühl von Taubheit und Druck im Kopfe, durchs Niederlegen sich mehrend, Klopfen der Carotiden etc. werden bei dieser Art Schlaflosigkeit beobachtet.

Bromide, Ergotin, heisse Fussbäder, kalte Kopfumschläge, sitzende Stellung beim Schlafen, Abreibungen und Blutentziehungen sind hier von Erfolg.

2. Schlaflosigkeit in Folge von *Hirnanaemie*. Das hervorstechendste Symptom bei der durch ungenügenden Zufluss oder mangelhafte Beschaffenheit des Blutes hervorgerufenen Anaemie ist die Hirnreizbarkeit. Entstehungsursache ist zu grosser Verbrauch bei zu geringer Ruhe.

Hypnotica (Chloral, Opium) und Alcoholica sind hier zu empfehlen.

3. Schlaflosigkeit in Folge *störender physischer Zustände* wie Schmerz, Athemnoth etc., welche natürlich die bezügliche Behandlung verlangen. Karrer (Erlangen).

---

187) **Barbara Tscherbatscheff** (Poltowa): Ueber die Wirkung des constanten Stromes auf das normale Auge.

(Inaug. dissert. Bern 30. Januar 1880. 27. p.)

Die Versuche wurden angestellt an den Augen der Verf., indem dieselbe Morgens den constanten Strom, die eine Electrode (Anode) auf den Nacken, die zweite (Kathode) Nagelförmig zugespitzt auf das geschlossene Lid aufgesetzt, anfangs 5 Minuten, nach und nach bis zu 10 Minuten Schliessungsdauer anwandte. Bei 4 Elementen wurde keine Ermüdung gefühlt, wohl indess bei 6 El., welches noch für einige Stunden starken Kopfschmerz, und leichte Verengerung der Pupille zu Wege brachte. Die Resultate dieser Anwendung waren die, dass bei der Untersuchung 1) Des Raumsinnes: Die Prüfung des *centralen* Sehens negativ ausfiel, dagegen bei der des *indirecten* Sehens eine starke Erweiterung der Ausdehnung des Gesichtsfeldes constatirt wurde, die erst nach 2 Wochen zu ihrer Norm zurückkehrten. 2) Des *Farbensinnes* im directen Sehen die Bestimmung des kleinsten Gesichtswinkels, unter welchem eine Farbe erkannt wird, positive Resultate nur für blau und roth sich ergaben, während auch hier auf das indirecte Sehen der electrische Strom eine auffallende Wirkung

hatte. Alle Farben erlitten eine starke Erweiterung ihrer Grenze, dieselbe veränderte sich gar nicht während 8 Tagen, erst in 16 Tagen wurde eine Verengerung bemerkt, die die Mitte hielt zwischen dem physiologisch und dem electrisch gereizten Zustande. Die Erweiterung der Farbengrenzen zeigte sich auch hier am stärksten für Blau und Roth. Der Lichtsinn ergab ein negatives Resultat.

N i e d e n (Bochum).

---

188) **Landouzy:** De la déviation conjugée des yeux et de la rotation de la tête par excitation ou paralysie des 6. et 11. paires etc.

(Public. de progrès med. et N. A. Delahaye et Co. Paris 1879.)

Verf. basirt sein Studium der conjugirten Abweichung der Augen mit gleichzeitiger Position des Kopfes hauptsächlich auf 2 Krankengeschichten, von denen die 1. eine 70 jährige Haushälterin betraf, die mit den anamnestischen Daten eines Falles auf die Treppe in bewusstlosem Zustande gefunden war und alle Symptome einer linksseitigen motorischen Hemiplegie darbot. Diagnostisch wurde als Ursache derselben eine Apoplexie angenommen. Am 3. Tage stellten sich epileptoide Krämpfe der linken Seite ein, begleitet von Nystagmusartigen Zuckungen und tonischen Krämpfen der Augen in der Stellung nach links. Die Muskeln der linken Gesichtshälfte contrahirten sich clonisch gleichwie ein hysterisch erfolgendes Schluchzen Zeugniss ablegte von raschen und gleichmässig erfolgenden Pharynx-Krämpfen.

Die Muskeln des Halses und der Extremitäten dieser Seite waren gleichfalls afficirt. Diese epileptoiden Anfälle mit vorausgehendem Nystagmus und Drehung der Augen und des Schädels nach links wiederholten und verstärkten sich in rascher Zeitfolge nach einander bis der Tod am 4. Tage eintrat. Die Section ergab:

Impressio cranii am linken Scheitelbeinhöcker und ein von hier ausgehender, bis unter die Insertionslinie des musc. temporalis der rechten Seite dringender Riss der Schädeldecke. Die Hirnmasse fühlte sich rechts weicher an als links; ein starkes Blutextravasat liegt dem rechten vorderen Hirnlappen auf und gleicher Weise findet sich im Gewebe, entsprechend der 2. und 3. Stirnwindung ein hämorrhagischer Herd von Wallnussgrösse und 3 disseminirt gelegene hämorrh. Herde an der Oberfläche und der Basis des rechten Vorderlappens. — Die Capillaren zeigten miliare Aneurysmen. Verf. schliesst aus den vorhandenen Symptomen, dass die cerebrale Apoplexie das primäre der Fall die Folge gewesen, und durch diesen erst die fractura Cranii eingetreten sei. Nach ein über minutiosen Detaillirung und Begründung der einzelnen Krankheitsmomente und der Krankengeschichten anderer Beobachter bei conjugirter Ablenkung der Augen und des Schädels nach cerebral. Affectionen unterscheidet schliesslich der Verf. zuerst 2 Classen.

1. Die sogenannte *convulsivische,* bei der die von dem klonischen Krampfe der einen Körperseite Ergriffenen, ihren Kopf und Augen drehen um die afficirte Parthie zu sehen, wobei die Affection ihren Sitz haben kann in den Hirnparthien von der Rindenschichte bis zum pedunc. cerebri; sie wird. durch Functions-Reizung bedingt.

2. Die *paralytische*, auf gleicher Basis wie die Paralyse der Extremitäten beruhend, wobei die Paralytiker ihren Blick von den paralysirten Gliedern ab und auf den Ort der Verletzung richten. Dieselbe hat den gleichen Sitz wie die convulsivische. —

Verf. glaubt auf Grund eingehender Untersuchung der in der Literatur mitgetheilten Beobachtungen zu der Annahme berechtigt zu sein von der Existenz eines Gehirncentrums, durch das die Drehbewegungen der Augen und des Schädels vermittelt werden und wodurch bei den Krampfzuständen durch ein auf jenes Centrum ausgeübten Reiz Krampfzustände der entgegengesetzten Körperseite ausgelöst werden, während bei der Paralyse eine Lähmung des Hirncentrums eintritt und durch Aufhören des Antagonismus die gesunde Seite das Uebergewicht erhält. Dieses Centrum lagert am Fusse des unteren Seitenlappens und zwar in der Rindenschichte. Die intracranielle Vermittelung dieser conjugirten Drehbewegungen des Schädels und der Augen geschieht durch die Leitungsbahnen des 6. und 11. Hirnnerven. — Schliesslich fasst Verf. in 33 (!) Sätzen die Resultate seiner Beobachtungen zusammen, die in grellem Widerspruche stehen zu den früher von ihm aufgestellten Sätzen, indem sie sich jetzt eng anschliessen an die von Grasset s. Z. aufgestellte Theorie. (cfr. Le Montpellier médical. u. Paris Delahaye Sep. Abdr. 1879. Ref. Nro. 200 im Centralbl. für Nervenh. etc. 1879 p. 345.). Nieden (Bochum).

---

189) **Koch** (Zwiefalten): Psychiatrische Winke für Laien.
(Stuttgart bei Paul Neff, 1880; 109 S.)

Verf. hat, wie er in seiner Vorrede angiebt, mit dieser Broschüre nochmals den Versuch machen wollen, Belehrung über Geisteskrankheiten in weitere Kreise zu bringen. Dieses Bestreben ist anerkennens- und achtenswerth, um so mehr als es — nach des Ref. Ansicht — leider zumeist love's labour lost ist. Dem Verf. selbst wird diese Ueberzeugung zum Theil vorgeschwebt haben, als er das resignirte „Nochmals“ niederschrieb. Im gegebenen Fall, wenn es sich um eigene Angehörige handelt, wird sich auch „der aufgeklärte Laie“ nur zu leicht wieder von den eingewurzelten Vorurtheilen leiten lassen.

Der Arbeit des Verf. wäre übrigens ein recht guter Erfolg nicht nur der guten Sache, sondern auch ihrer selbst wegen zu wünschen, da sie in jeder Hinsicht den Anforderungen einer populären wissenschaftlichen Schrift entspricht, d. h. nicht zu gelehrt, aber auch nicht oberflächlich und abgeschmakt ist. In 9 Capiteln sind alle psychiatrischen Fragen, welche den Laien interessiren, in nüchterner und sachlicher Weise besprochen. Dabei wird das Ganze durchweht von einem wohlthuenden Geiste wahrer Humanität, der auf der einen Seite warnt, in den üblen oder lasterhaften Neigungen Geisteskranker so leicht das veranlassende Moment zu der jeweiligen Geistestörungen zu erblicken, andrerseits aber auch an das Individuum die Mahnung zu sittlicher Selbsterziehung richtet. In wie weit freilich dieser Faktor im Stande ist, zur Verhü-

tung von Geistesstörungen beizutragen, und in welchem Masse gerade die gefährdeten, d. h. die organisch belasteten Individuen eine wahre sittliche Selbsterziehung auszuüben vermögen, das sind Fragen, die noch Keiner beantwortet hat und beantworten kann.

Was Einzelheiten aus der Schrift betrifft, so wird Verf. wohl nicht daran gedacht haben, dass die von ihm vorgeschlagenen Massregel, in einzelnen Fällen uniformirte Personen, Beamte beizuziehen, um auf diese Weise widerspenstige Kranke zur Reise nach der Anstalt willfähriger zu machen, bei dem nicht eingeweihten Laien das Vorurtheil, als handle es sich bei Geisteskranken um ein sittliches Verschulden, geradenwegs nähren muss. Im Uebrigen können wir uns mit den Ausführungen und Vorschlägen des Verf. fast durchaus einverstanden erklären. Reinhard (Dalldorf).

(Die Schrift ist inzwischen in II. Auflage erschienen und durch Erlass des Würtemberg. Ministeriums vom 23. April d. J. allseitig empfohlen worden. Die Redaction)

---

190) **Wolf** (M.-Gladbach): Bericht über die Blödsinnigen - Anstalt „Hephata" im Jahre 1879.

(Herausgegeben 1880.)

Sectionsresultate. 1) J. D., 16 Jahre alt, im 6. Monate Krämpfe, lernte mit $2^1/_2$ Jahren gehen und mit 7 Jahren sprechen; klein, Schädel von geringen Dimensionen ohne mikrocephal zu sein, Gesichtsausdruck leer, Lähmungen sowohl in der motorischen, wie in der sensiblen Sphäre nicht vorhanden. Kann einigermassen unterscheiden, aber schlecht und nicht zusammenhängend sprechen. Schlechtes Gedächtniss, aber guten Nachahmungstrieb. Section: Schädeldach auffallend dünn, auf der Höhe der beiden Hemisphären narbige Verwachsung der Dura mit der Pia, zwischen diesen befindet sich eine weissliche trübe Masse, die sich mit dem Messerstiel nicht abstreichen lässt. Gehirn sehr blutreich, alle Gefässe strotzend gefüllt. Starker Hydrocephalus externus.

An der linken Hemisphäre befindet sich an der Basis des mittleren Lappens ein vernarbter Eiterherd von ungefähr Taubenei-Grösse, umschlossen von einer zähen, gelben Masse, die gleichsam die Schale bildet. Der mittlere und hintere Lappen fest aneinander gelöthet, so dass dieselben nicht getrennt werden können, ohne Läsion der Hirnsubstanz. Auch reichlichen Hydrops ventric. Das Gewicht des Hirns ist normal. Es steht hier also einer sehr schweren Gehirnaffection nur ein mässiger Grad von Blödsinn während des Lebens gegenüber.

2) L. U., 12 Jahre alt, starb in einem eclamptischen Anfall. Noch 2 blödsinnige Geschwister, lernte spät gehen und sprechen. Der Blödsinn wurde im 4. u. 5. Jahre an der langsamen Entwicklung u. schweren Sprache bemerkt. Kopf stark und rund, Gesichtsausdruck indolent. Mund war geschlossen, Zunge dick, Speichelverlust aus dem Munde. Nach einer Gehirnentzündung im 11. Jahre wurde die Auffassungskraft eine noch geringere, nach einer 2. Attaque blieb er geistig ganz stehen bis zu seinem Tode. Section: Schädel dick, zahlreiche Ver-

wachsungen der Dura mit der Pia, directe Gefässcommunication in den Verwachsungsstellen. Die Pia ist an der Convexität des Hirnes weisslich getrübt, doch nicht mit der Substanz verwachsen. Graue Substanz gut entwickelt, Inhalt der Ventrikel mässig vermehrt, Gewicht normal. —

Wahrscheinlich war also fötale Gehirnentzündung die Ursache des Blödsinns.

3) E. N., 20 Jahre alt, bekam mit 12 Wochen Krämpfe, besonders der rechten Seite. Die Zunge wurde dabei starr aus dem Munde gestreckt; öftere Wiederholung dieser rechtsseitigen Krämpfe, denen schliesslich theilweise Lähmung der rechten Extremitäten folgte. Sie lernte etwas gehen im 4. Jahre, die Sprache entwickelte sich nie. Die Sinnesthätigkeiten sind normal, sie versteht nur unvollkommen, zeigt ein sehr kurzes Gedächtniss und fast gar keinen Nachahmungstrieb. Die Krampfanfälle nahmen nach Eintritt der Menses an Häufigkeit und Heftigkeit zu und blieb sie in einem der Anfälle.

Section: Schädeldach sehr dick, Duralverwachsungen. Auf der Convexität besonders der linken Hemisphäre finden sich alte, ausgedehnte hämorrhagische Herde unter der pia, die theilweise organisirt erscheinen. Die Hirnsubstanz unter diesen Stellen ist hart, und fühlt sich knorpelig an. Dieser ganze Herd nimmt das hintere Drittel der linken Grosshirnhemisphäre ein und besteht nur aus Narbengewebe. Die rechte Hemisphäre ist nur durch leichte Trübung der pia ausgezeichnet. Auf dem vorderen Lappen finden sich unter der pia frische Hämorrhagien, die sich der Basis zu erstrecken. Die Hirnsubstanz ist unter diesen Blutergüssen mit zahlreichen Blutpunkten durchsetzt, die theilweise sich in hämorrhagischen Streifen zeigen. Die Basis des linken Mittellappens zeigt gleich frische, hämorrhagische Herde. Rechter Seitenventrikel ist mässig, der linke indess stark mit Serum gefüllt. Volumen und Gewicht sind nicht anormal.

Nieden (Bochum).

---

191) **Mendel**: Blödsinn.

(Real-Encycl. der ges. Heilkunde.)

Verf. bespricht in einem dankenswerthen, sehr klaren und übersichtlichen Aufsatze diese Form geistiger Störung mit Auschluss des angeborenen Blödsinnes. Er definirt den Blödsinn als eine „*erworbene Schwäche der geistigen Functionen*,“ welche das gesammte geistige Leben, sowohl die sensitive als auch die motorische Seite derselben gleichmässig trifft. Die alte Eintheilung des Blödsinnes nach Graden (1. Schwachsinn, 2. agitirter Blödsinn oder Verrücktheit, (allgemeine Verrücktheit) 3. apathischer Blödsinn) hält er für zweckmässig, ohne aber damit durch die Entwickelung und pathologisch-anatomische Unterschiede getrennte Formen aufstellen zu wollen.

Auf pathologisch-anatomischer Grundlage unterscheidet Verf. drei verschiedene Formen des Blödsinnes:

I. Functioneller Blödsinn. Derselbe ist characterisirt durch Abschwächung des Gedächtnisses und des Urtheils, leichte Erreg-

barkeit und Reizbarkeit des Gemüths und wird häufig in der Reconvalescenz nach schweren acuten Krankheiten beobachtet. Derselbe tritt jedoch auch idiopathisch als „dementia acuta“ (primär heilbarer Blödsinn) plötzlich oder nach ganz kurzem Vorläuferstadium auf, endet meist mit Heilung, oder geht in unheilbare Dementia mit vollständiger Abulie und Apathie über. Die Kranken sind verwirrt, wissen nicht passend zu antworten und begehen allerlei unzweckmässige und thörichte Handlungen. Es bestehen weder Angstanfälle noch Sinnestäuschungen und unterscheidet sich der acute Blödsinn gerade hierdurch von der Melancholia cum stupore. Auch mit epileptischer Geistesstörung und mit gewissen aphatischen (paraphatischen) Zuständen kann der funct. Blödsinn verwechselt werden.

II. Blödsinn durch organische Gehirnkrankheiten bedingt. Fast alle organischen Erkrankungen des *Grosshirns* haben geistige Schwächezustände im Gefolge. M. erwähnt zunächst die diffusen Hirnerkrankungen, beschreibt als solche die senile Atrophie; dann die Herderkrankungen des Grosshirns und den Blödsinn in Folge syphilitischer Gehirnerkrankungen.

III. Secundärer Blödsinn. 1. Nach primären Geistesstörungen und zwar nach Melancholie, indem das Gedächtniss leidet, die Gemüthsempfindungen und krankhaften Triebe an Intensität nachlassen, Affecte und Angstanfälle schwinden. Die Melancholie kann dabei Remissionen und Exacerbationen machen. Sehr häufig wird der sec. Blödsinn nach Manie und zwar meist in der Form des agitirten Blödsinns und nach primärer Verrücktheit unter Abnahme des Affectes und des Gedächtnisses und nach acuter Dementia beobachtet. 2. Nach *centralen* Neurosen, besonders nach Epilepsie, bei der die Entwickelung des Blödsinnes eine langsame ist. Meist ist jedoch die Dementia und Epilepsie der gleichzeitige Ausdruck derselben Gehirnerkrankung und gehört derselbe dann zu dem Blödsinn in Folge organischer Gehirnerkrankung. 3. Nach *chronischen Vergiftungen* (Alkohol, Opium, Morphin, Haschisch, Chloroform, nach Genuss von verdorbenem Mais, nach Blei- und Quecksilberintoxicationen.)

Der secundäre Blödsinn beruht auf einer Gehirnatrophie wie bei Dementia senilis, jedoch betheiligen sich weniger die Knochen und das Gefässsystem. In einzelnen Fällen ist das Ergebniss der Autopsie ein negatives.

Der Blödsinn überhaupt kann verwechselt werden mit Melancholie cum stupore, mit vorübergehenden Zuständen von Bewusstlosigkeit z. B. bei Epilepsie, mit aphathischen Zuständen und mit gewissen Erschöpfungszuständen nach primären Psychosen.

Ausgänge des Blödsinnes sind: 1) in seltenen Fällen *Heilung* (acuter Blödsinn und Blödsinn mit syphilitischer Gehirnaffection), 2) *Besserung* (Heilung mit Defect nach Gehirnsyphilis, Apoplexieen und Epilepsie und primären Geistestörungen) und 3) der *Tod* durch Lähmung, apoplectische oder epileptische Anfälle und intercurrente Krankheiten.

Die Therapie hat die Aufgabe der Causalindication zu genügen (unguent cinereum bei Syphilis, Fernhaltung des Giftes bei In-

toxicationen, Beseitigung der epileptischen Anfälle durch Kal. bromat. etc.)

In einem zweiten Theil bespricht M. den Blödsinn in *forensischer Beziehung* und erwähnt, dass das deutsche Reich in der Civilprocessordnung die unpractische Unterscheidung von Blödsinn und Wahnsinn fallen gelassen und dafür die einfache Bezeichnung „*geisteskrank*“ angenommen habe.

Bei der Abgabe eines **Gutachtens** über die Zurechnungsfähigkeit bei einem Blödsinnigen ist die Frage, ob der Angeschuldigte zur Zeit der Begehung einer strafbaren Handlung sich im Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Geistesthätigkeit befand, welche seine freie Willensbestimmung ausschloss, stets mit *ja* und die Frage bei der Dispositionsfähigkeit, ob er die Folgen seiner Handlungen zu überlegen im Stande ist, mit *nein* zu beantworten.

Verf. gibt dann noch sehr zutreffende und beherzigende Winke für die Beurtheilung niederer Grade des Blödsinnes, des Schwachsinnes als Geisteskrankheit. Er warnt ausdrücklich davor aus *einer* schwachsinnigen Aeusserung, aus *einer* unmotivirten Handlung die Krankheit nachweisen zu wollen, sondern es sei die Beurtheilung der Gesammtpersönlichkeit nothwendig und es müsse nachgewiesen werden, wie der Kranke früher ein anderer war, wie besonders „seine Aussagen über Recht und Unrecht lediglich Reproductionsaussagen anderer, nicht moralische Urtheile oder Begriffe“ seien.

Halbey (Bendorf).

---

192) **A. Voisin:** Étude sur la température des parois de la tête chez les aliénés.

(Comptes rendus du congrés international de médecine mentale, tenu à Paris 1878.)

Verf. hat Untersuchungen über das Verhalten der Temperatur am Kopfe angestellt und ist Dank eines eigens dazu construirten, kleinen und empfindlichen, von 30—45° graduirtem Quecksilberthermometer zu ganz auffälligen und bemerkenswerthen Resultaten gekommen. Er bringt, nachdem er die Haare an der betreffenden Stelle entfernt, die Quecksilberkugel mit der Kopfhaut in Berührung, legt einen Wattetampon darüber und liest alsdann die Temperatur mit der Loupe ab. Das Quecksilber soll fast augenblicklich zu seiner constanten Höhe ansteigen und Verf. will in 5 Minuten die Temperatur der Stirn, des Scheitels, der beiden Schläfenregionen und hinter den beiden Ohren bestimmen. —

Zunächst hat er festzustellen versucht, wie die Temperatur sich beim gesunden Menschen an den verschiedenen Regionen des Kopfes verhält. Indem er stets unter annährend gleichen Verhältnissen untersuchte, fand er, dass die Temperatur

an der Stirne zwischen 31 u. 34°
am Scheitel zwischen 33 u. 35,5°
hinter den Ohren zwischen 31 u. 34°
an den Schläfen neben der Haargrenze zwischen 34 u. 35,5° schwankt.

V. befindet sich in Uebereinstimmung mit den von Broca bereits früher gemachten Beobachtungen bezüglich der schnellen Tem-

peraturschwankungen bei demselben (gesunden) Individuum, sobald das Gehirn aus dem Zustande der relativen Ruhe in den der Thätigkeit übergeht. — Ferner stellt er den Satz auf, dass die Schädeltemperatur des gesunden Menschen nicht über 36° hinausgeht, selbst wenn das Gehirn arbeitet. Und auch diese Temperatur ist eine schnell verübergehende; sie fällt sobald die geistige Thätigkeit beendet ist.

Unter diesen Verhältnissen legt V. kein grosses Gewicht darauf, wenn er bei einem Geisteskranken in der einen oder andern Region des Schädels eine Temperatur von 36° findet. Hält dieselbe aber mehrere Tage hintereinander an, dann entschliesst er sich bereits dazu, eine revulsive und antiphlogistische Behandlung einzuleiten.

Bei (fieberlosen) Geisteskranken kann die Schädeltemperatur nicht nur bis 36° sondern noch viel höher steigen. So fand V. bei einer Hallucinantin mehrere Tage 37,8° hinter dem linken Ohre, während die Temperatur in der Achselhöhle nur 37° betrug. Er glaubt dieser Kranken durch Application eines Vesicators an dem Nacken einen grossen Dienst erwiesen zu haben, denn die Temperatur hinter dem linken Ohre sank alsbald bis auf 33°, und gleichzeitig verminderten sich die Hallucinationen.

Bei einer andern Kranken mit ähnlichen Temperaturverhältnissen (37,6° hinter dem linken Ohre und 37° in der Achselhöhle), von welcher einer der hervorragendsten Pariser Collegen annahm, dass sie von der Paralyse bedroht sei, trat völlige Genesung ein, nachdem ihr ein permanentes Vesicator auf's Hinterhaupt gelegt worden war. Nach Verlauf von 9 Tagen war ein Temperaturabfall bis auf 33° hinter dem rechten und 32,8° hinter dem linken Ohre eingetreten. — Bei einer dritten Patientin war die Hirnfluxion so intensiv, dass man trotz derivatorischer Behandlung der Scheitelgegend, derselben nicht mehr Herr werden konnte. Diese Frau ging bald zu Grunde und die Autopsie ergab, dass Verf. sich nicht geirrt hatte, indem er die Hyperämie in der Scheitelhöhle annahm. Die Fluxion war in der That local und fand sich an der Stelle, wo vorher die erhöhte Temperatur nachgewiesen worden war.

Es werden noch mehrere Beispiele angeführt, die die Bedeutung der Temperaturverhältnisse des Schädels in den fieberlosen Fällen illustriren sollen. Bei Vorhandensein von Fieber ist die Prüfung der Schädeltemperatur weniger interessant, aber nicht ohne Bedeutung. So sah V. eine paralytische Frau heftig deliriren, als die Temperatur hinter dem rechten Ohre 39° betrug, während das Thermometer 38,5 in der Achselhöhle zeigte. —

Vermittelst dieser Methode soll die Art, an dem sich Fluxions- und Entzündungserscheinungen im Gehirn zeigen, leicht und sicher zu bestimmen sein.

Gewisse Temperaturdifferenzen an den verschiedenen, symmetrischen Hirnpartien hat V. fast immer gefunden. Dieselben sind normal beim Gesunden und überschreiten niemals 1°; beim Geisteskranken können dieselben recht erheblich sein. Bei einem Paralytiker mit 38,3 in der Achselhöhle, fand er 37° hinter dem rechten und 39° hinter dem linken Ohre. Ein derartiges Verhalten muss schon als Fingerzeig für die eizuleitende Therapie dienen.

Aehnliche Differenzen hat er oft gefunden. Eine paralytische Frau mit 39,8 in der Achselhöhle hatte 38,2 hinter dem rechten und 35,7° hinter dem linken Ohre.

In gleicher Weise soll sich an allen andern Stellen des Gehirns der Herd localisiren und dem entsprechend die Therapie einrichten lassen. Dem Thermometer muss daher eine ebenso grosse Bedeutung bezüglich der Geisteskrankheiten eingeräumt werden, wie dem Stethoskope bei andern inneren Erkrankungen.

(Ref. kann nicht umhin, zu bemerken, dass die oben angeführten Beobachtungen und Schlussfolgerungen erst dann von Werth und Bedeutung sein können, wenn sie von anderer Seite genügend bestätigt sein werden. Seine eigenen hierhingehörigen Untersuchungen veranlassen ihn, an der Zuverlässigkeit der vorher erwähnten Methode zu zweifeln). Rabow (Pankow).

---

193) **Lochner**: Ueber Psychose beim Militair nach Feldzügen.

(Allgem. Zeitschrift für Psych. und psych. gerichtl. Med. Bd. 37. p. 1 ff.)

In einer auf Anregung des bayr. Kriegsministeriums angefertigten Zusammenstellung der geisteskrank gewordenen Armeeangehörigen, welche den Krieg 70/71 mitgemacht und von 70 bis Ende 78 in der Anstalt zu Klingenmünster Aufnahme gefunden haben, macht Verf. folgende Angaben: Im Ganzen waren 33 Fälle aufgenommen. Darunter waren 8 im Felde erkrankt, 4 in den Garnisonen, 3 eben nach der Heimath Beurlaubte; bei diesen 15 war demnach der Zusammenhang der Psychose mit den Strapazen des Krieges ersichtlich. Bei den übrigen 18, bei welchen eine nähere Beziehung zwischen ihrer Erkrankung und dem Militairdienste wegen des späten Ausbruchs der Psychose nicht zu bestehen schien, fiel die grosse Mangelhaftigkeit sonstiger ätiologischer Momente, auf und erst die dahin gehende Untersuchung ergab, dass 10 Verwundungen und sonstige schwere Erkrankungen im Felde durchgemacht hatten. — Von den 33 gehörten 18 zu den heilbaren, 15 zu den unheilbaren Formen; dabei trat die auffällige Erscheinung hervor, dass mit der Länge der Zeit, welche seit dem Kriege verstrichen war, Form und Prognose sich verschlimmerte. Schaefer (Pankow).

III. Brief an die Redaction.

13 Old Cavendish Street London, 8. Juli 1880.

Geehrter Herr Redacteur!

Mit lebhaftem Vergnügen habe ich die Artikel über die „Galvanometerfrage" in Ihrem Blatte gelesen, und ich danke den Herren v. Hesse und Bernhardt für die Stütze, welche sie meiner Auschauungsweise gegeben haben. Der Widerspruch, den Herr Dr. Remak gegen die Annahme einer Einheit für Stromesstärken zum medicinischen Gebrauche erhoben hat, zeigte nur um so deutlicher die Wichtigkeit der schwebenden Frage. Er wird mir gestatten zu bemerken, dass, abgesehen von dem geringen Werthe, welchen die Prioritätsfrage bei solchen Angelegenheiten besitzt, zwischen seiner Idee (1876) und der meinigen (1878) der Hauptunter-

schied darin liegt, dass er die Einheit der *Construction* empfiehlt, während ich auf die Einheit in der *Eintheilung* des Galvanometers bestehe. Das Wort „Milliweber“ genirt Herrn Remak. Was würde er zu dem Wort „Mikrofarad“ als allgemein anzunehmendem Ausdruck sagen? Die Wissenschaft hat neue Worte nöthig um neue Ideen zu bezeichnen, und wir werden durch die Unmöglichkeit alte Ausdrücke anzuwenden oder beliebig neue zu schaffen, zum Gebrauche conventioneller Bezeichnungen gezwungen. In der neuen Elektricitätssprache repräsentiren der Volt, der Ohm, der Weber, der Farad absolute Grössen. Vielfache der absoluten Einheiten der modernen Physik und für diese bedurfte es nothwendigerweise spezieller Benennungen. Die Unterabtheilungen dieser Grössen lassen sich am natürlichsten durch die vorgesetzten gebräuchlichen Ausdrücke des Metersystems bezeichnen. Ich bestehe übrigens keineswegs auf dem Wort „Milliweber“. Nennen wir die Grösse, die es respräsentirt *„eine Einheit“* oder *„einen Grad“* aber adoptiren wir das System.

Ich komme nun dazu, dass Herr Remak die neuen Elektricitätstheorien als „ausländische“ bezeichnet. Hat denn überhaupt (ausser in Kriegszeiten) das Wort „ausländisch“ einen Sinn in dem Reiche der Wissenschaft? dann wolle Herr Remak doch nur bedenken, dass die Grundlagen auf denen die neue Elektricitätslehre ruht ja deutsche sind! Auf die Arbeiten von Gauss und Weber (wie ja die unglückselige Bezeichnung „Milliweber“ dokumentirt, ohne Ohm, dem zu Ehren die neue Widerstandseinheit benannt ist, zu erwähnen) gründet sich die neue Entwickelung der Wissenschaft.

Endlich wird vielleicht der Name, den ich führe dazu beitragen meinen Erörterungen den ihnen vorgeworfenen Charakter des „Ausländischen“ zu benehmen, indem ich nämlich — geehrter Herr Redakteur — die Ehre habe zu zeichnen, Ihr sehr ergebener

A. von Wattenwyl
(französisch: de Watteville.)

IV. Einladung.

Der Verein der deutschen Irrenärzte
hält am 3. u. 4. August d. J. in Eisenach seine Jahressitzung ab. Die vorläufige Tagesordnung ist in folgender Weise festgestellt: Nach den geschäftlichen Mittheilungen kommen zum Vortrag:

1. **Mendel** - Pankow: über Aufnahmebedingungen in Privatirrenanstalten. 2. **Noetel** - Merzig: über die Beköstigung der Kranken in den öffentlichen Irrenanstalten. 3. **Hasse** - Königslutter: über den Einfluss der Ueberbürdung unserer Jugend auf den Gymnasien und höheren Töchterschulen mit Arbeit auf die Entstehung von Geistesstörungen. 4. **Binswanger** - Berlin: über das Verhältniss der Menstruation zur Epilepsie. 5. **v. Rinecker** - Würzburg: über die Bedeutung der Hebephrenie als klinisches Krankheitsbild. 6. **Karrer**-Erlangen: Bemerkungen zur circulären Geistesstörung.

Die Sitzungen finden in **Roerig's Hôtel** zum Grossherzog von Sachsen statt.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 2) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 3) Andernach, Provinc. Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 M. fr. Stat. 4) Halle a. Saale, Volontärarzt, 1200 M. fr. Station. 5) Grafenberg (Düsseldorf), a) Assistenzarzt 900 M., freie Station. b) Volontairarzt 600 M. freie Station. 6) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 1. August; 2000 M.; fr. Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 7) Allenberg (Ostpreussen) Assistenzarzt 1200 M. bei freier Station. 8) Schleswig, Irrenanstalt, a) Director 6500 M., Wohnung u. Garten, für Feuerung 270 M. b) Hülfsarzt (vrgl. d. Anz.) 9) Hildburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei fr. St. 10) St. Urban (Canton Luzern), II. Arzt u. stellvertr. Director 3000—3500 M. 11) Prrovinc.-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., fr Station. 12) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 13) Friedrichsberg bei Hamburg, Assistenzarzt. Meldungen an den Oberarzt Dr. Reye. 14) Marsberg, Volontairarzt, katholischer Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 15) Ueckermünde in Pommern, Assistenzarzt, 1000 Mark und freie Station. 16) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 Mark, freie Station. 17) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, sofort, 900 M., fr. Station. 18) Sachsenberg (Mecklenburg). II. Assistenzarzt, 1. October, 1200 Mark, freie Station I. Classe. 19) Wehnen (Oldenburg) Assistenzarzt, 1. August. — 20) Die Kreisphysicate: Adenau (Coblenz), Ahrensburg (Schleswig) Bublitz (Cöslin), Erkelenz (Aachen), Galdop (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Königsberger Kreis (Frankfurt a. Oder), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Landshut (Liegnitz), Mogilno (Bromberg), Obornick (Posen), Osterode (Königsberg), Sensburg (Gumbinnen), Schönau (Liegnitz), Schroda (Posen), Stuhm (Marienwerder), Wehlau (Königsberg), Wongrowitz (Bromberg), Wollstein (Breslau).

Besetzte Stellen. Eberswalde, 1. Assistenzarzt Herr Dr. Rudolph Vietor.

Ehrenbezeugungen. Dr. Ricker in Wiesbaden ist zum Sanitätsrath ernannt worden.

VI. Anzeigen.

Theresienhof.

Asyl für Nervenleidende u. Gemüthskranke

bei Goslar am Harz

ist am 1. April d. J. von mir mit 36 Kranken eröffnet, (Präsenzstand am 1. Juli 42). Die Lage des Asyls am Fusse des Rammelsberges ist eine ausserordentlich schöne, in einem durch Berge nach Westen, Norden und Osten geschützten, nur nach Süden offenen Thale; sie ist auch, bei 1000 Fuss Höhe über dem Meere, eine sehr gesunde; die Luft vorzüglich geeignet zur Stärkung der Nerven. Ein bequemer Spazierweg führt in wenigen Minuten in den Fichten-Hochwald des Harzes, ein 5 Morgen grosser Garten mit freundlichen Anlagen umgiebt die Häuser. Die Stadt Goslar ist kaum 10 Minuten entfernt, der Bahnhof 20 Minuten.

In dem *Asyl Theresienhof* werden *Nervenleidende* und *Gemüthskranke* beiderlei Geschlechts und jeden Alters *aus den höheren Ständen* aufgenommen. Vier in Corridorbau ausgeführte grosse Häuser bieten so viele Wohnräume, dass sich die nothwendigen Abtheilungen und wünschenswerthen Abscheidungen auf die leichteste Weise herstellen lassen. Ich wohne mit meiner Familie in dem Hause, welches die männl. und weibl. Abtheilungen trennt. Meine Frau leitet die Wirthschaft selbst und bekümmert sich, nicht minder als ich, um jeden einzelnen uns Anvertrauten speciell.. Ein seit einer Reihe von Jahren von uns als tüchtig erprobtes Pfleger- und Pflegerinnen-Personal steht uns zur Seite. Ein Lehrer und eine Lehrerin, die ebenfalls bei uns seit Jahren bewährt sind, ertheilen den schwächer Begabten und den Kindern Unterricht. Für tägliche ärztliche Hilfe ist bestens gesorgt. Auch ganz junge, schwache Kinder werden zu sorgfälltigster Pflege aufgenommen. Die innere Einrichtung entspricht allen Anforderungen, die an ein Pensionat für Angehörige der höheren Stände gestellt werden können.

Zu Empfehlungen des Asyls haben sich gern bereit erklärt:

Die Herren Dr. med. O. Berkhan in Braunschweig, Professor Dr. Brinckmeier in Ballenstedt, Geheimrath Dr. med. v. Blödau in Sonderhausen, Professor Dr. theol. Paulus Cassel in Berlin, Dr. med. H. Clemens in Schöppenstedt, Hausmarschall Baron von Cramm auf Burgdorf bei Braunschweig, Amtshauptmann v. Harling in Bleckede (Hannover), Dr. Robert Koenig, Redakteur des Daheim in Leipzig, Realschuldirector Lic. Dr. Leimbach in Goslar, Fräulein Louise Löbbecke in Braunschweig, die Herren Banquier R. Löhnefinke in Braunschweig, Regimentszahlmeister Mann in Thorn, Rittergutsbesitzer v. Nathusius auf Meyendorf bei Seehausen, G. Neugebauer, Hofstaatssekretair Sr. Kais. u. Königl. Hoheit des Kronprinzen, in Berlin, Physikus Dr. med. Nieper in Goslar, Stadtdirector Rasch in Hannover, Rittergutsbesitzer v. Reiman auf Konarzewo bei Rawicz, Erbmarschall Freiherr von der Reck auf Obernfelde bei Lübbecke, Oberhütteninspector Schott in Ilsenburg, Kirchenrath Julius Sturm in Köstritz.

Prospecte mit der Aufnahme-Bedingungen sendet **G. Stutzer,** Pastor.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nerven-kranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. | 1. September 1880. | Nro. 17.

INHALT.

I. Originalien.

I.

Ueber die „paradoxe Muskelcontraction".

Von Dr. ALBRECHT ERLENMEYER in Bendorf bei Coblenz.

Soweit ich die neurologische Literatur übersehe, ist Westphal bis jetzt der einzige, der seine Erfahrungen über die von ihm benannte „paradoxe Muskelcontraction" öffentlich mitgetheilt hat.*) Ich brauche daher bei der folgenden kleinen Publication, in welcher ich eine auf eingehendere Beobachtung des genannten Phänomens

*) Archiv für Psychiatrie, Band X. Heft 1.

basirte Erklärung desselben geben und den Nachweis seiner unzutreffenden Bezeichnung liefern werde, nur auf seine Angaben Bezug zu nehmen.

Um kurz zu praecissiren, um was es sich bei der „paradoxen Muskelcontraction“ handelt, will ich Westphal's eigene Worte zunächst anführen.

„Wenn man bei gewissen Krankheitszuständen des centralen Nervensystems den Fuss des in der Bettlage befindlichen Patienten schnell und kräftig dorsalflectirt (zuweilen gelingt der Versuch auch bei langsam ausgeführter Dorsalflexion), so sieht man, dass der Fuss, nachdem die Hand des Untersuchenden ihn losgelassen, in der ihm gegebenen Stellung verharrt und nicht, der Schwere entsprechend, in die natürliche Stellung zurück sinkt. Beobachtet man dabei die Sehne des Tibialis anticus genauer, so sieht man sie — gewöhnlich einen Zeitmoment *nach* dem Acte der Dorsalflexion — plötzlich stark hervorspringen und in diesem Zustande verharren; die Stellung des Fusses ist dann auch, entsprechend der Wirkung des Tibialis anticus, eine adducirte. Eine weitere Eigenthümlichkeit ist, dass er in dieser Stellung längere Zeit, eine Reihe von Minuten — einmal war die Stellung noch nach 27 Minuten unverändert — verharrt, darauf sinkt er dann allmälig gleichmässig oder in einzelnen Absätzen in die natürliche Stellung zurück (Anmerkung: Wiederholt man den Versuch sehr häufig hinter einander, so kommt es wohl vor, dass er, vielleicht in Folge einer Art Ermüdung des Muskels, nicht mehr gelingt.) Versucht man mit der Hand den Fuss aus der ihm gegebenen und durch Contraction des Tibialis anticus fixirt gebliebenen Dorsalflexion in die Plantarflexion zurückzuführen, so stösst man auf einen mehr oder weniger erheblichen Widerstand. Auch wenn man durch directe oder indirecte faradische Reizung den Muskel zur Contraction bringt, bleibt, nach der Entfernung der Electroden die Dorsalflexion des Fusses in vielen Fällen bestehen; in einzelnen schwindet jedoch die Contraction mit Aufhören des Reizes. — Lässt man den Patienten willkürlich die Dorsalflexion ausführen, so bleibt in manchen Fällen der Fuss gleichfalls fixirt, nachdem der Willensimpuls des Kranken bereits aufgehört hat. Durchleitung constanter Ströme durch den contrahirten Muskel bewirkt keine Erschlaffung. In keinem Falle gelang es, eine Contraction des Tibialis anticus durch Klopfen auf seine Sehne zu erzeugen. Ausser am Tibialis anticus sieht man die paradoxe Contraction häufiger am Extens. poll. long. und den Extensoren der übrigen Zehen, wenn man sie passiv kräftig dorsalflectirt. Einmal war die Erscheinung sehr exquisit an den Beugern des Kniegelenks“.

Die von ihm der Erscheinung ertheilte Bezeichnung motivirt Westphal in folgenden Worten. „Dieselbe (die eigenthümliche Erscheinung) besteht darin, dass ein Muskel, welchen man passiv verkürzt, in dem man seine Ansatzpunkte nähert, durch diesen Act in *Contraction* geräth; die passive Verkürzung, die *Erschlaffung* des Muskels wirkt also hier gleichsam als *Reiz*, so dass man in der That mit einem gewissen Rechte eine auf diese Weise bewirkte Contraction als „paradoxe“ bezeichnen darf. Wie ersichtlich, steht

diese Art der Erzeugung einer Muskelcontraction in gradem Gegensatze zu der von Erb und mir beschriebenen, durch plötzliche *Dehnung* resp. Erschütterung der Sehne von Muskeln hervorgebrachten." —

Soweit Westphal. Ich kann die obigen symptomatologischen Angaben nach meinen Beobachtungen als vollständig zutreffende bestätigen und habe denselben nur Eins hinzuzufügen.

Ich habe nämlich in allen meinen Fällen von „paradoxer Muskelcontraction" dieselbe *unabhängig von dem Willen des Kranken* gefunden. War der Fuss von mir durch passive Bewegung in Dorsalflexion gestellt, und war er hier durch die nun eintretende Contraction des Tibialis anticus in dieser Stellung fixirt worden, so war keiner meiner Kranken im Stande durch willkürliche Bewegung eine Plantarflexion des Fusses auszuführen, also die Contraction des Tibialis anticus zu überwinden. Bei den Kranken mit paretischen Erscheinungen der den Fuss bewegenden Musculatur, bei denen ich das Phänomen am häufigsten sah, kann dies allerdings nicht weiter auffallend sein; wohl aber bei jenen, die — bei minder stark ausgeprägten Paresen — noch im Stande waren, willkürlich die Dorsalflexion auszuführen. Auch bei diesen entstand durch die willkürliche Dorsalflexion — wie dies auch Westphal beobachtet hat — die „paradoxe Contraction", allein ich sah keinen, der im Stande gewesen wäre, dieselbe durch willkürliche Plantarflexion zu lösen.

Ich bin nun weit entfernt zu behaupten, dass dies in allen ausgeprägten Fällen ausnahmslos sich so verhalten müsse. Dazu ist mir die Uebersicht jener Erkrankungen des Centralnervensystems, bei denen das Phänomen vorkommt, doch noch eine viel zu eng begrenzte, und unter allen Umständen wird dabei das jeweilige relative Kraftverhältniss zwischen Tibialis anticus und Gastrocnemius von erheblichem Belange sein, was ja immer different ist. Immerhin ist die Constatirung der mangelnden Willkühr in meinen Fällen für mich die Veranlassung geworden, die Erscheinung nicht als „Contraction" aufzufassen, sondern als „Contractur", welch' letztere als *mehr weniger lang dauernde Verkürzung eines Muskels, die durch den Willen nicht zur Erschlaffung gebracht werden kann*, definirt wird.*) Auch die *lange Dauer* unseres Phaenomens — Westphal sah es einmal bis 27 Minuten, ich einmal $^3/_4$ Stunden andauern — spricht gegen die „Contraction", die wir als einen Vorgang von äusserst kurzer Dauer aufzufassen gewohnt sind, plaidirt vielmehr für die „*Contractur*." Dass es sich um eine besondere Art von Contractur handelt, bedarf keiner weiteren Bemerkung.

Sehe ich mich nun unter den bekannten Ursachen einer Muskelcontractur im Allgemeinen nach einer für den vorliegenden Fall der „paradoxen Muskelcontratur" passenden um, so können, wie mir scheint, nur die beiden folgenden hier in Betracht kommen. Erstens kann eine Contractur entstehen durch Verkürzung des betreffenden

*) Brissaud et C. Richet, Faits pour servir à l'histoire des contractures. Progrès med. 1880. 19, 23, 24.

Muskels selbst, zweitens durch eine Verlängerung seines genauen Antagonisten. Auf unser Phaenomen, die Contractur des Tibialis anticus, angewendet, könnte es sich ad 1 handeln um die durch die Dorsalflexion des Fusses verursachte Verkürzung des Tibialis — was Westphal annimmt —; ad 2 um die durch dieselbe Bewegung des Fusses hervorgerufene Verlängerung oder Dehnung seines Antagonisten, des Gastrocnemius.

Den Beweis der ersten Annahme, nämlich der Verkürzung des Tibialis als contracturerzeugenden Ursache direct zu erbringen ist einfach unmöglich; ja diese Annahme würde nach meiner Ansicht überhaupt nur dann aufrecht zu erhalten sein, wenn Beweise für eine andere Ursache der Contractur nicht zu liefern wären. Dies letztere ist nun allerdings der Fall, und damit ist jene erste Annahme hinfällig geworden.

„Die paradoxe Muskelcontractur“ des Tibialis anticus ist die alleinige Folge der durch die Dorsalflexion des Fusses erzeugten Dehnung des Gastrocnemius, seines directen Antagonisten.

Diese Behauptung werde ich beweisen, und damit jene erste erschüttern.

Ist sie richtig, so muss zunächst die durch Dehnung des Gastrocnemius producirte Contractur des Tibialis anticus verschwinden, wenn die bestehende Dehnung des Gastrocnemius in eine Verkürzung übergeführt wird. Ferner muss, wenn der Dehnung des Gastrocnemius Widerstand entgegengesetzt wird, die Etablirung der „paradoxen Contractur“ gar nicht ausführbar sein. Beide Experimente sind natürlich so anzustellen, dass auf die Bewegung des Fusses und des Tibialis anticus nicht die leiseste Behinderung einwirkt. Gehen wir auf diese Versuche und ihre Bedingungen etwas näher ein.

1. Wenn die „paradoxe Muskelcontractur“ des Tibialis anticus durch Dorsalflexion des Fusses hergestellt ist, und der Versuch gemacht werden soll den jetzt gedehnten Gastrocnemius Behufs Beseitigung des Phänomens zu verkürzen, dann muss natürlich jede Art der Verkürzung vermieden werden, durch welche ein Zug an der Achillessehne stattfindet. Denn durch eine solche Manipulation würde der Fuss aus der fixirten Dorsalflexionsstellung herausgehoben werden und damit sofort dem schon lauernden Einwande Thür und Thor geöffnet werden können, dass es sich um eine mechanische Lösung der Contractur durch einfachen, aber stärkeren Gegenzug handle. Electrische Contractionen sind also als Versuchsmittel absolut auszuschliessen, weil sie die Muskelverkürzung der Gestalt bewirken, dass sich das untere, periphere Muskelende dem oberen, centralen nähert, wodurch unter jeder Bedingung ein Zug an der Sehne des Muskels entsteht. Da dies aber vermieden werden soll, so können nur die Maassnahmen Anwendung finden, welche die Verkürzung dadurch erzielen, dass das obere Ende dem unteren genähert wird, letzteres, die Sehne, also unbewegt bleibt. Dies ist nun bei dem Gastrocnemius in folgender Weise sehr leicht zu ermöglichen. Nimmt man bei Bettlage des Kranken, bei im Kniegelenk gebeugtem Bein und bei dorsalflectirtem Fusse die Muskelmasse des Gastrocnemius, also die Wade, in die Hand, und schiebt

sie unter starkem Drucke gegen die Ferse hin vor, was meist $1/2$ bis 1 Zoll weit gelingen dürfte, so nähert man dadurch den Wadenpunkt des Muskels seinem Fersen- oder Sehnenpunkte, verkürzt den Muskel, ohne dabei einen Zug auf seine Sehne auszuüben.

Dieses einfach auszufürende Experiment ist das beweisende.

Wenn man es bei einem Falle mit „paradoxer Muskelcontractur" vornimmt, *so fällt der in Dorsalflexion durch die Contractur des Tibialis anticus fixirte Fuss* in demselben Momente, wo die Abwärtsbewegung der Wade gegen die Ferse hin ausgeübt wird, *sofort und plötzlich in seine natürliche Stellung zurück.* Es ist kein allmähliges Nachlassen oder langsames Erschlaffen des contracturirenden Zuges im Tibialis was dann beobachtet wird; es ist vielmehr — ich betone das ausdrücklich — ein plötzliches, momentanes ruckweises Verschwinden und Abfallen.

Dieses Verhalten habe ich unzählige Male und ausnahmslos bei einem Falle von linksseitiger s. g. hysterischer Lähmung constatirt und in überzeugender Weise Collegen demonstrirt.

2. Soll der Versuch angestellt werden, durch vorherige Verkürzung des Gastrocnemius seine völlige Dehnung zu verhindern und dadurch den Eintritt der paradoxen Muskelcontraction unmöglich zu machen, so müssen ebenfalls wie bei dem ersten Versuche alle Einwirkungen auf die Sehne des Muskels resp. auf die Beweglichkeit des Fusses umgangen werden. Man kann zu diesem Zwecke die Wade in der oben angegebenen Weise nach der Ferse hin herunterdrücken, man kann aber auch in der oben bezeichneten Lage des Kranken und seines Beines die Wade soweit nach der Kniekehle hinaufziehen, dass der Fuss doch noch ohne den geringsten Widerstand in die volle Dorsalflexion gebracht werden kann. *In keinem der beiden Fälle gelingt die „paradoxe Muskelcontractur" des Tibialis.* Auch diese Experimente habe ich mit absoluter Sicherheit unzähligemale ausgeführt. Damit dürfte der stringente Beweis geliefert sein, dass das Phänomen der „paradoxen Muskelcontractur" durch Dehnung des directen Antagonisten hervorgerufen wird.

Damit ist aber auch über die Bezeichnung „paradox" der Stab gebrochen, und von der ursprünglichen Bezeichnung, die Westphal dem Phänomen beigelegt hat, bleibt fast nichts mehr übrig.

Westphal war von der Voraussetzung ausgegangen, dass die „paradoxe Muskelcontraction" ihren Grund habe in der durch die Dorsalflexion erzeugten Verkürzung des Tibialis — „die passive Verkürzung, die Erschlaffung des Muskels wirkt also hier gleichsam als *Reiz*" — und hatte die Erscheinung in Gegensatz gestellt zu seinem „Fussphänomen" (Achillessehnenreflex Erb), welches in Contractionen des Gastrocnemius besteht, die durch Dehnung, desselben hervorgerufen werden. Er hatte desshalb — dort Dehnung, hier Verkürzung als Contractionsreiz — dem neuen Phänomen den Namen „paradox" beigelegt.

Abgesehen von der auch von Westphal hervorgehobenen Differenz der Contractionen — bei dem „Fussphänomen" clonische, durch passiven Gegendruck unterhaltene Zuckungen; bei der „paradoxen Muskelcontraction" steife Contractur — handelt es sich,

wie ich jetzt klar gestellt zu haben glaube, um ganz differente Dinge, die in keiner, auch nicht in gegensätzlicher Relation stehen. Bei dem Fussphänomen: Reizung eines Muskels durch Dehnung und Reaction in *demselben* Muskel durch clonische Zuckungen; bei der „paradoxen Contraction“: Reizung eines Muskels durch Dehnung und Reaction in seinem *Antagonisten* — also in einem anderen Nervengebiet — durch Contractur oder Tetanus. Die mit Bezug auf das erstere Phänomen dem zweiten, allerdings aus irrthümlicher Auffassung desselben, ertheilte Bezeichnung „paradox“ muss nach alledem fallen gelassen werden.

Wie soll man nun die interessante, und weiterer Beachtung werthe Erscheinung richtig bezeichnen, die doch, schon des gegenseitigen Verständnisses wegen, einen Namen haben muss?

Die „Contractur“ ist das Einzige, worüber wir bis jetzt noch verfügen. Ich habe bewiesen, dass sie durch „*Dehnung des Antagonisten* entsteht und nenne sie desshalb „*antagonistische Dehnungscontractur*“. Um nun einen Unterschied mit der chirurgischen Contractur durch *passive* Dehnung des Antagonisten und durch Nervenlähmung zu statuiren und um endlich das Vorkommen des Phänomenes bei Erkrankungen des Centralnervensystems, in specie durch gesteigerte Erregung spinaler Reflexcentren zu betonen, wären noch die beiden Worte „activ“ und „spinal“ der Benennung beizufügen. Es wäre dann allen differential diagnostischen Einwänden Rechnung getragen und man wüsste mit Bestimmtheit, was unter der „*activen spinalen antagonistischen Dehnungscontractur*“ zu verstehen ist. So richtig der Name auch ist, so ist er mir doch zu langathmig und schwerfällig, und ich schlage desshalb vor, die Erscheinung mit dem Namen „**Muskelphänomen**“ zu belegen, der sich dem „Fussphänomen“ und „Kniephänomen“ Westphal's leicht verständlich anreihen wird.

Schliesslich sei noch erwähnt — wenn es auch nicht streng hierher gehört, so berührt es noch verwandte Verhältnisse — dass Brissaud und Richet *) bei ihrer Erklärung hysterischer Contracturen sagen, dass bei gewaltsamer Dehnung eines Muskels zuweilen der Antagonist in Contractur komme, weil die passive Dehnung eines Muskels von einer activen unbewussten Contraction des Antagonisten begleitet sei; sie supponiren dabei eine *dauernde* Erregung des medullären Reflexcentrums.

Bendorf bei Coblenz den 18. August 1880.

II.

Sitzung der Berliner „Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ am 12. Juli 1880.

Original-Bericht für das Centralblatt.

Von Dr. REINHARD in Dalldorf.

Herr Bernhardt stellt ein 10jähriges Mädchen vor, das eine atrophische Lähmung der linken oberen und unteren Extremität hat. Die Entstehung dieser Affektion fällt in den 9. und 10.

*) l. c.

Lebensmonat und war eine ganz allmäliche. An Rumpf und Gesicht nichts Abnormes. Gute geistige Veranlagung. Bemerkenswerth ist, dass das Kind in späteren Jahren dreimal ganz vorübergehende Zustände bekam, die wohl als „epileptoide" bezeichnet werden müssen.

Der linke Arm ist im Ellenbogen- und Schultergelenk freibeweglich, im Handgelenk aber steif. Die Mittelhand ist stark extendirt, die Finger im 1. und 2. Phanlanxgelenk flektirt, nur der Daumen und der kleine Finger noch ein wenig beweglich (main en griffe). Versucht Pat. die linke Hand zu bewegen, so bleibt dieselbe selbst bei energischer Aufbietung des Willens unbeweglich, und es kommt dafür in der rechten eine Andeutung der gewollten Bewegung zu Stande. Bei entgegengesetzter Intention stellen sich deutliche Mitbewegungen in der gelähmten Hand ein. Dabei ist es gleichgültig, ob die gewollte Bewegung der gesunden Hand wirklich ausgeführt wird oder ob es nur bei der Absicht bleibt. Nadelstiche in die linke obere Extremität rufen leichtes Zucken im rechten Arm hervor, während der getroffene Arm ganz ruhig bleibt. Auf Nadelstiche in die rechte obere Extremität antworten dagegen beide Arme mit Reflexbewegungen. — Auf die Pathogenese und das Verhalten des Centralorgans in diesem Falle geht der Vortragende nicht näher ein.

Herr Westphal nimmt Gelegenheit, sich durch einen Controlversuch noch einmal von der Spontaneität der rechtshändigen Bewegungen bei nach links gerichteter Bewegungsintention zu überzeugen.

Reinhard nahm sodann seinen in der vergangenen Sitzung begonnenen Vortrag „über die Anwendung und Wirkung des Hyoscyamin bei Geisteskranken und Epileptischen" wieder auf. Im Ganzen wurde von ihm das Hyoscyamin bei 15 Geisteskranken und bei 12 Epileptischen angewandt. Bei ersteren bewirkte es in 6 Fällen Beruhigung, Schlaf und Abkürzung des aufgeregten Stadiums; in 2 anderen rief es nur Schlaf hervor. Von diesen 8 Fällen gehörten 2 der Paralyse, 1 der Dementia senilis, 4 der periodischen Manie resp. Tobsucht zur Zeit der Menses, und 1 der sogenannten Hebephrenie an. — Von 8 Fällen epileptischer Tobsucht trat bei 3 Abkürzung des Paroxismus und Schlaf ein. Letzterer allein wurde ausserdem noch bei 2 anderen Fällen nach jeder H.-Injekt. beobachtet. In den 4 übrigen Fällen von Epilepsie wurden die Anfälle nach Hyoscyamin seltner und kürzer. —Im Allgemeinen wirkte das Mittel am günstigsten bei allen mit der Menstruation isochronen Aufregungszuständen (genuinen und epileptischen) und epileptischen Anfällen. Es wurde stets das amorphe Hyoscyamin angewandt. Die Dosis desselben überstieg nie 0,003 2 mal pro die. Als Antagonist des Hyoscyamin bewährte sich das Morphium ganz vortrefflich. Den zuverlässigsten Anhaltspunkt für die Möglichkeit einer günstigen therapeutischen Wirkung des Mittels bildet ein gespannter contrahirter Puls. Wegen häufiger — theils rasch vorübergehender, theils anhaltender — unangenehmer Nebenwirkungen (z. B. Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel, Delirien, motorische und sensible

Störungen, Abnahme der Körperernährung, Herzschwäche) kann das Hyoscyamin in der Reihe der Sedativa und Antispastika keinen hervorragenden Platz einnehmen. Immerhin ist es in den angeführten Zuständen und unter den nöthigen Einschränkungen zu versuchen.

Im Anschluss an diesen Vortrag theilte zuerst Herr Mendel seine Erfahrungen über das Mittel mit, sodann trug Herr Binswanger die von Herrn Gnauck in der Charité gemachten einschlägigen Beobachtungen vor. Beide Herrn sprachen sich über den therapeutischen Effekt ziemlich übereinstimmend mit dem Vortragenden aus, nur hatten sie viel weniger unangenehme Nebenerscheinungen zu verzeichnen und konnten mit dem Mittel ohne Gefahr bis zu 0,01, 2 mal täglich, steigen. (Wahrscheinlich rührt diese Differenz in den Resultaten davon her, dass diese beiden Beobachter stets das krystallinische Präparat gebrauchten, während der Vortragende nur das amorphe anwandte, in welchem nach neueren chemischen Untersuchungen noch ein unbekanntes zweites Alkaloid enthalten sein soll. Unter diesen Umständen konnte von einer eingehenderen Discussion keine Rede sein. Ref.) Nur stellte Herr Schröter noch die Frage, wie das H. speziell gegen das Zerreissen der aufgeregten Kranken gewirkt habe, was Herr Mendel dahin beantwortet, dass überall da, wo eine allgemeine Beruhigung erzielt wurde, auch das Zerstören und Zerreissen aufgehört habe.

Zum Schluss sprach Herr Bernhardt „über einen Fall von Ponstumor," in welchem die Sektion gemacht worden war. Derselbe bestand aus einem kleinen zum Theil bereits im Zerfall begriffenen Sarkom der rechten Ponshälfte und erstreckte sich medianwärts ein klein wenig über die Mittellinie hinaus, nach oben bis zur hinteren unteren Grenze des rechten Hirnschenkels, nach unten bis in den Anfangstheil der Medulla oblongata hinein. Intra vitam bestand u. A. incomplete rechtsseitige Facialislähmung, unbedeutende Erscheinungen im Gebiet des rechten Trigeminus und — als interessantestes Symptom — eine Abweichung beider Bulbi nach links, die von einer Lähmung des rechten Musc. abducens und einer Parese des linken Musc. rect. intern. herrührte, und vom Vortragenden als „Déviation conjugée" bezeichnet wird. Da im Leben keine krankhaften Erscheinungen im Gebiet des linken Nerv. oculomot. beobachtet waren, die mikroskopische Untersuchung dieses Nervenstranges und seines Kernes keinen abnormen Befund ergab, während der Abducenskern und -Strang bedeutende Veränderungen zeigten, so glaubt der Vortragende die Augenmuskellähmungen auf ein gemeinsames Centrum für die betr. associirten Bewegungen zurückführen zu müssen, dessen Sitz er in den Abducenskern der entsprechenden Ponshälfte verlegt.

In der lebhaften Discussion über diesen Vortrag bestreitet Herr Hirschberg die Zulässigkeit der Bezeichnung „Déviation conjugée" im Simme von Prévost, da erstlich keine Abweichung des Kopfes nach der gleichen Seite bestand und ferner die

Bulbi nicht gleichmässig nach links abgewichen waren, sondern der rechte bedeutend mehr als der linke.

Sodann bemerkt Herr Remak, dass der N. oculomot. vielleicht doch mit betheiligt gewesen sei, da es ihm sehr wohl erklärlich scheine, dass man selbst bei sorgfältigster mikroskopischer Untersuchung die Veränderung einer so geringen Anzahl von Fasern, wie sie bei einer Parese des M. rect. intern. in Betracht komme, einmal übersehen könne. Uebrigens betont auch er, desgleichen Herr Wernicke nach ihm, dass es sich in dem Bernhardt'schen Falle nicht um die von Prévost beschriebene conjugirte Augenabweichung handle, sondern um einen Zustand, der zuerst von Foville und Féréol beschrieben sei.

Herr Bernhardt erwidert, dass er den Ausdruck „Déviation conjugée" gar nicht in dem Sinne von Prévost gemeint habe, dass es sich also nur um einen Streit um Worte handle. Er schlüge daher vor — wie er dies bereits früher in seiner Entgegnung an Prévost gethan, — den von Foville, Féréol und nun auch von ihm beschriebenen Zuständen den Namen der „combinirten Augenmuskellähmungen" zu geben, wobei indess stets an die Läsion einer centralen Stelle zu denken wäre, nämlich des Abducenskerns in der einen Ponshälfte.

II. Referate.

207) **W. R. Gowers:** The diagnosis of diseases of the spinal cord. (London, A. Churchill, 1880.)

In dem vorliegenden kleinen Buche gibt der durch zahlreiche gediegene Arbeiten bekannte Verf. eine Darstellung unserer jetzigen Kenntnisse über die Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten. Das Werkchen, welches für das Bedürfniss des praktischen Arztes bestimmt und mit mehreren instruktiven Illustrationen versehen ist, zerfällt in 5 Abschnitte: 1. Anatomie des R.-M. Dieser Theil enthält eine nach eigenen Untersuchungen gezeichnete schematische Darstellung des topographischen Verhältnisses der einzelnen Rückenmarksnerven zu den Dornfortsätzen der entsprechenden Wirbel, welche ein naheliegendes praktisches Interesse bietet. Im 2. Abschnitt: „Physiologie des R.-M. mit Bezug auf die pathologischen Symptome" beschäftigt Verf. sich besonders eingehend mit den Reflexen, wobei er in der Hauptsache der Darstellung von Erb folgt. Statt des Ausdruckes „Patellarsehnenreflex" möcht er lieber: „Kniereflex sagen, da dieser nicht nur an der Sehne, sondern zuweilen auch an der Patella selbst oder (wie übrigens Erb schon angegegeben hat) an der Oberfläche der Tibia ausgelöst werden kann.

Der 3. Abschnitt handelt von der Diagnose des *Sitzes*, der 4. Abschnitt von der des *Charakters* (ob Hämorrhagie, Entzündung etc.) der verschiedenen Rückenmarkskrankheiten. Bemerkenswerth ist in letzterem, dass Gowers schon vor Erscheinen der bekannten Er b'schen Arbeit (Juni 1879) die Ueberzeugung ausgesprochen hat,

dass mindestens die Hälfte aller Fälle von Hinterstrangsklerose auf syphilitischer Basis beruhen. Nach seinen neuesten Beobachtungen glaubt Verf. sogar einen noch höheren Procentsatz für dies Verhältniss annehmen zu müssen.

In einem fünften Abschnitt gibt G. zum Schluss noch einige Krankengeschichten zur praktischen Erläuterung des Vorhergehenden. Die ganze Arbeit zeichnet sich durch Klarheit und Schärfe der Darstellung aus und steht durchaus auf der Höhe der Wissenschaft. Pierson (Dresden).

---

208) **A. Erlitzky:** Ueber die Veränderungen im Rückenmark bei amputirten Hunden (Aus der psychiatrischen Klinik von Prof. Mershejewsky. —)

(St. Petersburger Wochenschrift 1880 Nro. 5 und 6.)

Die Forschungen verschiedener Untersucher über diese Frage haben bis jetzt nach einander widersprechende Resultate gehabt, wesshalb Verf. sie noch einmal aufnahm. Er amputirte 4 junge Hunde eines Wurfes und 2 alte. Die Amputationen der vorderen Extremitäten wurden oberhalb des Cubitalgelenkes die der hinteren oberhalb des Kniegelenks gemacht. Die Wunden verheilten bei allen vollständig in 3—4 Wochen. Von diesen 6 Hunden, die Verf. 2 Jahre hindurch unter gleichmässig günstigen hygieinischen Bedingungen leben liess, kamen ein alter und ein junger zufällig um. Den 3 übrig gebliebenen jung operirten Hunden fehlten die Extremitäten in folgender Ordnung: bei einem die vordere linke, bei dem Zweiten die vordere rechte, bei dem Dritten die hintere rechte und bei dem alten Hunde die hintere linke Extremität. 2 Jahre nach der Amputation wurden sie alle getödtet. Die Untersuchungsresultate waren folgende:

1. Die Amputation einer Extremität am erwachsenen Hunde bringt in 2 Jahren im Rückenmarke fast gar keine Veränderungen hervor, während dieselbe Operation bei dreiwöchentlichen jungen Hunden in derselben Zeit bedeutende Veränderungen veranlasst und zwar in derjenigen Hälfte des betreffenden Rückenmarksabschnittes, in welcher die Nerven der amputirten Extremität entspringen (oder endigen).

2. Bei jungen Hunden zeigen sich die durch Amputation einer von den Extremitäten hervorgerufenen Veränderungen im Rückenmarke in einer Umfangsabnahme der hinteren Wurzeln, des Hinterstranges und Hinterhornes mit Abnahme der Zahl und Grösse einiger Nervenzellen des Vorderhornes der gleichnamigen Seite.

3. Die Volumabnahme trat in der Form einer einfachen Atrophie der nervösen Elemente auf und nirgends fanden sich Spuren irgend welcher tiefer gehenden pathologischen Vorgänge.

Da zwischen den markhaltigen Nervenfasern alter und junger Hunde kein wesentlicher Unterschied in der Structur aufgefunden werden konnte, ausser einer schwächeren Myelinentwickelung bei letzteren, so ist Verf. der Ansicht, dass die Veränderungen, die sich bei einem jungen Hunde einige Monate nach der Amputation

im Rückenmarke finden, bei einem alten erst nach 5, 8 oder mehr Jahren sich einstellen.

Besondere Beachtung verdiene die Thatsache, dass die an den hinteren Wurzeln so ausgeprägten Erscheinungen der Atrophie an den vorderen vollständig fehlten.

Verf. verfolgte die atrophirten hintern Wurzeln in die Substanz des Rückenmarkes und fand, dass die Atrophie in der entsprechenden Seite desselben alle Stränge betraf, die unmittelbar aus der hinteren Wurzel hervorgehen; Und zwar:

1) Die äusseren Stränge, d. h. die, welche von der Eintrittsstelle der hinteren Wurzeln horizontal durch die Rolando'sche Substanz nach vorn laufen und theilweise in dem Nervennetz der hinteren Hörner enden.

2) Die inneren Stränge, die von der Eintrittsstelle der hinteren Wurzeln gleichfalls horizontal verlaufen aber zum inneren Rande des Hinterhornes, von wo sie in der grauen Substanz bis zur Mitte des Vorderhornes verlaufen.

3) Die verticalen Fasern, die an der vorderen Grenze der Rolando'schen Substanz sich finden, und die nach der Meinung vieler Autoren, vorzüglich Kölliker's die unmittelbare Fortsetzung einiger horizontaler Fasern bilden, welche zu den äusseren Bündeln der hinteren Wurzeln gehören, und die unter einem rechten Winkel nach aufwärts biegen und vor dem Eintritt in die graue Substanz der Hinterhörner noch eine Strecke vertical verlaufen.

Ausser der deutlich ausgesprochenen Atrophie in den erwähnten Fasercomplexen bemerke man in demselben Gebiete, auf derselben Seite des Rückenmarkes bei amputirten jungen Hunden eine bedeutende Atrophie des äusseren Theiles des Hinterstranges (Burdach'scher Strang), des Hinterhornes und einiger Zellen des Vorderhornes. Daraus könne man schliessen, dass alle diese Theile ein Gebiet bilden, in welchem die hintern Wurzeln dominiren und bilde dieser Befund eine thätsächliche Bestätigung der Hypothese Köllikers und Anderer in Bezug auf die Endigungen der inneren Bündel der hinteren Wurzeln in den Vorderhörnern.

Da die Atrophie des Hinterstranges (Burdach'schen Stranges) nicht nur im Niveau der hinteren Wurzeln und des Hinterhornes sich fand, sondern auch höher und bei Amputationen der vorderen Extremitäten erst im oberen Drittel des Halsmarkes, bei Amputation der hinteren in der Mitte des Dorsalmarkes vollständig aufhört, so schliesst Verf., mit Schifferdecker, dass die hinteren Wurzeln nach ihrem Eintritt in die Substanz des Rückenmarkes, gleich eine grosse Anzahl Fasern aussenden, die im Burdach'schen Strang vertical aufsteigen, und dass sowohl diese Fasern der hinteren Wurzeln als auch alle übrigen im äusseren Theil der Hinterstränge und aus dem Nervennetz der hinteren Hörner hervorgehenden Fasern nicht direct ins Gehirn verlaufen, sondern in verschiedenen Entfernungen vom Orte des Ursprunges sich in die graue Substanz des Rückenmarkes einsenken.

Die Goll'schen Stränge waren bei allen 4 Hunden intact, obwohl seit Türck viele Autoren bei secundärer aufsteigender De-

generation des Rückenmarkes von Menschen und Thieren diese Stränge vorzugsweise degenerirt fanden. Da die Erfahrungen bei Tabes dorsalis lehren, dass die Sclerose sehr häufig gleichzeitig die Burdach'schen und Goll'schen Stränge ergreift, so hält es Verf. mit Schifferdecker für wahrscheinlich, dass beide ihre Fasern aus den hinteren Wurzeln erhalten und nimmt an, dass die Amputation der Extremitäten bei Hunden einen zu unbedeutenden Eingriff darstelle, um in den feinen und wenig zahlreichen Fasern der hinteren Wurzeln, die in die Goll'schen Stränge übergehen, Atrophie zu erzeugen. Aus demselben Grunde, meint Verf. hat er weder an den Seitensträngen überhaupt noch an Flechsig's „Kleinhirnseitenstrangbahnen" eine Spur von Atrophie gefunden.

Buch (Ishewsk).

---

209) **Lehmann:** Die chronischen Neurosen als klinische Objekte in Oeynhausen (Rehme).

(Bonn bei Cohen und Sohn, 1880.)

Verf. gibt hier seine Erfahrungen, die er in 25 jähriger Thätigkeit gewonnen. Es werden so ziemlich sämmtliche chronische Nervenkrankheiten einer kurzen Besprechung unterworfen. Natürlich lässt sich bei dem wechselnden Heilerfolg ein Schema nicht aufstellen, nach welchem man die genauen Indicationen für Rehme bemessen könnte; schade, dass Verf. diejenigen Erkrankungen nicht abgesondert behandelt hat, bei denen die Heilerfolge uns direct auf diese Thermalsoole verweisen; sie sind aber zerstreut in dem Gegebenen vorhanden. Es werden ja natürlich eine Menge Menschen alljährlich mit den verschiedensten Leiden in ein Bad gesandt, welches wie Rehme in einem so vorzüglichen Rufe steht, bei chronischen Erkrankungen des Cerebrospinalsystems Dienste zu thun. Unserer Ansicht nach ist es aber gerade Sache des Badearztes, die Fälle zu sichten und dem ärztlichen Publicum ausserhalb vor Augen zu führen, die genau dahin passen und welche nicht. Möglich, dass man im Allgemeinen gerade bei den wechselvollen Symptomen einer Erkrankung des Nervensystems noch nicht so weit ist, aber dahin kommen muss man auf jeden Fall. Sehen wir nur den Inhalt an, so ist hier erwähnt:

I. *Gehirnkrankheiten:* Hyperaemie, Congestion, Apoplexie, Aphasie etc., Hemiplegien, nicht apoplectisch, Thrombose der Hirngefässe, Hydrocephalus, Intracranielle Tumoren.

II. *Krankheiten des Rückenmarkes* und seiner knöchernen und häutigen Hüllen (Spondylarthrocace, Skoliosis, Osteomalacie, Neoplasmata) Spinialirritation, Meningitis, Myelitis, Sklerose, Tabes dorsalis, Myel. Herderkrankungen, Compressionsmyelitis, Apoplexia med. spin. Railway-spine, Spinalkrankheiten nach acut. Infectionskrankheiten, durch Abus. spirtuosorum, durch Intoxicationen, nach Lues, bei Habitus phthisicus. Muskelatrophie, Myositis rheumat. Atroph. Kinderlähmung.

III. Besondere (sui ipsius generis) Lähmungen: Paralysis agitans, Isolirte Blasenlähmung, Isolirte Rectumlähmung, Isolirte Läh-

mung der potentia virilis, Sakrallähmung der Frauen, Parese aller Extensoren, Intermittirende Lähmungen, Paralysis cruciata, Psychopathische Lähmungen.

IV. Krämpfe und Neuralgien, Epilepsie, Chorea, Hysterische Krämpfe, Mimischer Krampf, Schreibekrampf, Neuralgie, Migräne, Hinterhaupts-, Nacken-, Intercostalneuralgie, Genitalschmerz, Ischialgie.

V. Psychosen. (Weiter nichts mehr? Red.)

Dass aus diesem grossen Gebiete auf 58 Seiten nur meistens ganz kurze Andeutungen gegeben werden konnten, liegt auf der Hand. Greifen wir dadurch nur Einzelnes uns besonders wichtig Erscheinendes heraus. In Betreff der grauen Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge (tabes dorsualis) sagt Verf. prognostisch: Bei grosser und allgemeiner Verbreitung der Degeneration mit Theilnahme der Sehnerven (atrophie) ist der Erfolg ein negativer ohne Ausnahme. Bei beschränkter Verbreitung der Degeneration bis höchstens zum Dorsaltheile, nach nicht ganz langer Dauer der Krankheit, nicht sehr acutem Fortschreiten derselben konnte in relativ häufigen Beispielen die Progression des Processes sistirt werden. 5 mal von 665 Fällen soll völlige Heilung eingetreten sein. Sonst wurde erreicht, dass die Selbständigkeit des Patienten, sich ohne Stütze eines Andern innerhalb der Wohnung und nächsten Umgebung des Hauses zu bewegen, erhalten blieb, oder wiedererlangt wurde, wo sie bereits verloren war. (Das sind ja im Hinblicke auf den grossen Ruf Oeyenhausen's grade als Bad gegen Tabes dorsalis höchst betrübende Resultate. Allerdings sind wir der Ansicht, dass Verf. die Pflicht hätte ein Material von 665 Tabesfällen anders zu bearbeiten, als es hier geschehen ist. Red.)

Günstig lauten auch die Resultate bei Myelomalacia nach acuter Meningo-Myelitis. Verf. berichtet von einem 20jährigen Manne, welcher an der Küste lebend, sich häufiger Durchnässungen aussetzte. Anfang der Krankheit Rückenschmerzen, dann 6 Wochen später complete Paraplegie (Myelitis subacuta Leyden). Beim stat. praes. ist notirt: Obere Gliedmassen normal. Beine zittern sehr stark. Reflexe sehr lebhaft. Keinerlei willkürliche Bewegung von Zehe bis Hüfte. Spastische Extensions-Contractur höchsten Grades. Druck-, Raum- u. Temperatursinn erloschen. Electrocutane Sensibilität erloschen. Katheterisation nöthig, Defäcation träge. Kurresultat 1877. Die Zehen bewegen sich, Urin fliesst besser. 1878. Flexion und Extension der Zehen, Flexion und Extension des Unterschenkels, Ad- und Abduction des Oberschenkels wird möglich. 1879 Patient macht 150 Schritte, Gang nicht atactisch. Sensibilität bis auf Muskelsinn restituirt. Uriniren und Defäcation normal. —

In Betreff der Häufigkeit consecutiver Rückenmarkserkrankungen nach voraufgegangner Syphilis bemerkt Verf., dass von 665 Fällen anamnestisch 34 mal ulcus notirt sei, also nicht ganz 6%. Tuberculose ist 16 mal, abus. spirituosor. 8 mal in ursächlichem Zusammenhang mit Tabes gefunden worden. Gelegentlich wird das nicht sichere Stehen auf einem Beine bei offenen Augen als eines der frühesten Symptome bei Tabes erwähnt. Ist das Stehen, wenn

auch schwankend, noch möglich, so gelingt doch nicht mehr das Aufhüpfen auf einem Bein. Dieser Versuch ist oft das erste objective Zeichen einer beginnenden Spinalerkrankung, wenn das Romberg'sche Symptom und andere in der Neuzeit gegebene nicht erhoben werden können.

Betreffs der essentiellen Kinderlähmung erwähnt Verf., dass selbst in solchen Fällen, die durch langes Bestehen der Lähmung und durch Vorhandensein der Muskelatrophie eine schlechte Prognose gewährten, dennoch einige male erhebliche Functionsbesserung der Extremität durch Balneotherapie im Verein mit Electricität erzielt worden sei.

Interessant sind die Fälle von psychopath. Lähmungen. Die Kranken bieten weiter nichts Abnormes, als dass sie nachdem sie einige Schritte gegangen sind, behaupten, nicht mehr weiter zu können. Angst, Herzklopfen, Schweiss tritt ein und der Kranke fällt um, wenn er nicht ausruhen kann. Verf. hält das Nichtweiterkönnen für das Primäre, die Angst für das Secundäre, aus der Reflexion über die Ohnmacht Entstandene. Die bis zur Erschöpfung gesteigerte Ermüdung hängt vielleicht von motorischen und andern nicht zu eruirenden Innervationsstörungen ab. Balneotherapie ermunternder Zuspruch erwies sich günstig.

Wenn wir hiermit den Auszug beenden, so wiederholen wir nochmals, dass es ohne allzu ausführlich zu werden, nicht möglich war, jede Krankheitsform aufzuführen, bei denen hie und da die Therme von Nutzen war.

Goldstein (Aachen).

---

210) **J. H. Lush:** Cases of neuralgia treated with Tonga.

(The Lancet 29. V. 1880.)

Verf. erzielte bei je einem Falle von Neuralgie des rechten Oberkiefernerven, von Supraorbitalneuralgie und Neuralgie des linken Nerv. dental. inferior durch Gaben von alcoholischem Extract von Tonga theelöffelweise alle 6 Stunden nach 5 und 6 Dosen Heilung.

Ein mit dem Infus behandelter Fall blieb unverändert, ein anderer entzog sich der Behandlung.

Karrer (Erlangen).

---

211) **L. Carreras-Aragó** (Barcelona): Vergiftungserscheinungen, verursacht durch eine hypodermatische Injection mit Strychninnitrat, und augenblickliches Aufhören des musculären Brustkrampfes in Folge der Anwendung eines electromagnetischen Stromes.

(Centralbl. f. Augenheilk. IV. 1880. p. 113.)

Bei einem 46jährigen, kräftig erscheinenden Mann zeigten sich nach der Injection von $1/2$ Cent. Gramm Strychnin das Leben bedrohende Vergiftungserscheinungen. Es trat ein krampfartiger, tetanischer Zustand der Muskeln des Thorax ein. Die Athmungsbewegungen hörten plötzlich auf, der Puls ging auf 48 zurück. Kalter Schweiss mit heftigster Brustbeklemmung trat ein. Da von interner Darreichung von Medicamenten keine Wirkung erzielt wurde, wurde

ein starker galvanisch-electrischer Strom quer durch den Thorax geleitet, wodurch fast augenblicklich der Krampf aufhörte, die Respiration sich wieder herstellte und das Herz wieder regelmässig functionirte. Nieden (Bochum).

---

212) **Fr. Frank**: Contracture provoquée chez les chiens.

(Sociét. de Biol. Sitz. vom 31. Juli. Progr. med. 1880. Nro. 32.

Bei Hunden, welchen die Medulla spinalis unterhalb der med. oblong. oder im Dorsaltheil durchschnitten war, gelang es durch fortgesetztes Klopfen auf die Patellarsehne eine Contractur der betr. Extremität von 2 bis 3 Minuten Dauer hervorzurufen. Da man bei Thieren mit alter Rindenläsion dasselbe Resultat erhält, ebenso auch Contractur nach ganz geringen Strychnininjectionen, während beides bei gesunden Thieren ausbleibt, so schliesst er daraus, dass obige Erscheinungen an eine Rückenmarkaffection geknüpft sein und dass das Gehirn dabei *nicht* betheiligt sei.

Halbey (Bendorf).

---

213) **O. Rosenbach**: Das Verhalten der Reflexe bei Schlafenden.

(Zeitschrift für klinische Medicin. Bd. I. Heft 2.)

R. weist zunächst durch Citate nach, dass man sich mit dem Gegenstande noch wenig beschäftigt hat und bezeichnet dann die Reflexe als das Mass der Schlaftiefe, Kinder wegen der gleichmässigen Tiefe ihres Schlafes als die geeignetsten Versuchsobjekte. Zur Prüfung der Reflexe diente leichte Berührung mittelst Feder oder Papier. Geprüft wurden die Haut-Reflexe, besonders von Hand- und Fusssohle, Nasen-, Ohr-, Lippen-, Cornea-Reflexe, Pupillenreaction, Bauch-, Cremaster- und Patellarsehnen-Reflexe. Im ersten Schlafstadium erzeugen sensible oder starke akustische Reize bisweilen völligen Stillstand der Respiration. Hautreflexe sind meist vorhanden, Sehnenreflexe sehr schwach, Bauch- und Kremaster-Reflex deutlich. Starke Reizung der Nasenschleimhaut und des Gehörgangs erzeugt starke, schwache meist keine Reaktion. Diese Periode ist durch Abschwächung der Reflexe und beginnende Kontraktion der Pupille charakterisirt. Es folgt die Periode des tiefen Schlafes, in welchem Bauch-, Kremaster- und Patellarreflexe ganz fehlen, während Kitzeln der Sohlen, der Nase erst bei einer gewissen Reizstärke Reflexe auslöst. Im Schlafe sind 1. Bewusstsein und Wille erloschen, 2. die Sphinkteren kontrahirt (Verengung der Pupille), 3. die Reflexe gehemmt. Ebenso bei Narkose, die sich durch sensible Reize nicht so leicht beseitigen lässt. Der Schlaf zeigt also neben Erlöschen der Motilität Erregung der Reflexhemmung. Bei langsamer Compression des Marks sind die Reflexe gesteigert, die Motilität erloschen. Bei plötzlicher traumatischer Trennung des Marks sind die Reflexe gehemmt ebenso bei Hirnherden. Nur der Fusssohlenreflex kann auch in sehr schweren Fällen bei starker Reizung eintreten. Die Erhöhung des Patellarreflexes bei Hirnhemiplegie erklärt R. aus der Unzugänglichkeit des betr. Centrums ür die Hemmungsleitung. Ebenso verhält sich die Reflexerhöhung

bei Rückenmarksleiden zur Reflexerhöhung bei acuter Myelitis. Endlich spielen auch bei den Reflexvorgängen unbekannte, individuelle Verhältnisse eine wichtige Rolle.

Landsberg (Ostrowo).

---

214) **Grainger Stewart:** The eye symptoms in locomotor ataxia.
(Brain. July 1879.)

Von 20 von Verf. genau untersuchten Fällen von Tabes dorsalis hatten 3 Strabismus, 3 Ptosis, 4 Doppeltsehen ohne deutliches Schielen. Mydriasis wurde nie beobachtet, dagegen 7 Mal Myosis und an diesen Fällen fand sich in 4 Pupillenungleichheit. Das von Argyll-Robertson 1869 zuerst beschriebene Phänomen der Reactionslosigkeit der Pupillen auf Lichtreiz beim Fortbestehen der Contractionsfähigkeit, sobald es sich um accomodative Vorgänge handelt, sah Verf. 8 Mal. In 7 Fällen bestand zugleich Myosis. Zeitweise und zwar schon in frühen Stadien auftretende, offenbar vorübergehende Amblyopie, (Amaurose kommt sehr selten einseitig so vor) beobachtete Verf. in 4 Fällen, und stellt sie mit den ebenfalls so oft und zeitweise auftretenden und später verschwindenden Fällen von Augenmuskelparese auf eine Linie. Viel wichtiger ist die langsam sich entwickelnde, dann aber auch bleibende Amaurose durch Sehnerven-Atrophie. — In 14 Fällen wurde sie notirt, in der Hälfte der Fälle trat das Symptom schon sehr früh auf.

Nieden (Bochum).

---

215) **W. Uhthoff** (Berlin): Beitrag zur Sehnervenatrophie. betr. Vorhandensein des Kniephänomens.
(Gräf. Arch. f. Ophth. XXVI. I. p. 244.)

Die Casuistik umfasst 83 Fälle, die ihrer Aetiologie nach sich theilten in Atrophie nach Neuritis 11 (73% M. 27% W.); spinale Sehnervenatrophie 15 (100% M.); genuine progr.. S. N. atrophieohne Complic. 24 (75% M. 25% W.); aus cerebraler Ursache 16 (50% M. 50% W.); in Folge eines path. Processes innerhalb der Orbita 6 (33% M. 67% W.); bei epileptiformen Anfällen 1 M.; bei Dementia paral. 2 M.; nach Embolie der art. centr. ret. 3 (2 M. und 1 W.) in Folge von Tabak- und Alcoholmissbrauch 2 M.; nach Blutverlust 3 W.; Congenital 1 mit Hydrophthalmus der anderen Seite. — *Das Kniephänomen war in allen diesen Fällen vorhanden.*

Nieden (Bochum).

---

216) **Gudden:** Ueber die Kreuzung der Nervenfasern im Chiasma nerv. optic.
(Gräf. Arch. f. Ophth. XXV. 4. p. 237.)

Bei einer 73 jährigen Frau, die seit 4 Jahren auf dem rechten Auge vollständig erblindet war, fand Verf. bei der Section betr. der Lage und Grösse der Commissura inferior des Chiasma die bis dahin noch unbekannt war, sowie über den speciellen Verlauf des ungekreuzten Bündels folgendes.

Die Atrophie des *rechtsseitigen* Sehnerven war betr. die nervösen Elemente eine absolute, es war keine Spur von Markscheiden

und Axencylindern mehr im ganzen Verlauf des Nerven vorhanden, während sich der *linke* Sehnerv ganz normal verhielt. Der *rechte* Sehnerv ist gleichmässig grau, der *linke* weiss. Am *rechten Tractus* bemerkt man mit blossem Auge nichts Abnormes, der *linke* ist schmaler wie der *rechte* und zeigt auf seiner ganzen ventralen Seite mit Ausnahme jedoch des oberen (vorderen) Randes eine graue Verfärbung. Gegen die Mittellinie zu verfolgt man diese graue Verfärbung deutlich in ein nach unten (hinten) vom gleichseitigen Nerven im Chiasma gelegenes Thal, den weissen Tractusrand dagegen sieht man zwischen Thal, und Nerv, des letzteren Austrittsstelle aus dem Chiasma umgürtend, als ebenfalls weissen Wulst hinüberziehen und sich dem Nerven an seiner medialen Seite anlegen. Weisser oberer Tractusrand und Umgürtungswulst sind nichts anderes, als das erhaltene ungekreuzte Bündel des linksseitigen Tractus, während dessen gekreuztes Bündel mit Ausschluss seiner grau durchscheinenden Bindegewebsbestandtheilen zu Grunde ging. Das gekreuzte Bündel steht durch ebenso zahlreiche, mehr oder weniger feine Abzweigungen nicht bloss mit den ungekreuzten, sondern auch mit der Commissura infer. in Verbindung. Diese Commissur liegt dorsal, ist relativ gross und von den eigentlichen tractus optic. nicht scharf abzugrenzen. Ihre Nervenfasern haben dasselbe Caliber, wie die des tractus. N i e d e n (Bochum).

---

217) **Burckhardt**: Atrophie des Gyrus angularis nach Verlust eines Auges.

In dem von Dr. G. B u r c k h a r d t verfassten Bericht pro 1879 über die Berner Canton-Anstalt Waldau findet sich folgender Fall:

Ein 22 jähriger Mann, seit $1/2$ Jahre wegen Idiotie in der Anstalt, hatte in frühester Kindheit, wahrscheinlich durch ein Trauma, das rechte Auge verloren; der linke Bulbus zeigte starken Nystagmus, und mässigen centralen Kapselstaar, mit mässig gut erhaltener Sehkraft.

Der Kranke starb an Purpura haemorrhagica. Bei ziemlich gutem Windungstypus an der Grosshirnoberfläche im Allgemeinen, konnte eine sehr auffallende Differenz beider gyri angulares bemerkt werden; während der der rechten Seite „blumenartig entfaltet, wohl ausgebildet erschien, war der linksseitige viel kleiner und schwächer. — Uebrigens zeigte auch der Praecuneus ein ähnliches Verhalten an den beiden Seiten. —

Es verdient nebenbei bemerkt zu werden, dass sich in den Gefässen des sehr hyperämischen Rückenmarkes zahlreiche Bacterien vorfanden. O b e r s t e i n e r (Wien).

---

218) **A. Nieden** (Bochum): Ein Fall von bilateraler Associations-Parese der Rect. super. et Obliq. inferiores, mit Auftreten von klonischen Zuckungen in den übrigen Augen-Muskelgruppen.

(Centralbl. für prakt. Augenheilk. 1880 Juliheft.)

Anamnese: Vor vier Tagen habe Patient am frühen Morgen sich aus dem Bette erhoben, um seine Kleidung anzulegen, und habe

beim Bücken nach derselben plötzlich eine Verdunkelung beider Augen bemerkt, die ihm auch nicht mehr gestattete, in den nächsten Minuten einen Gegenstand seines Zimmers erkennen zu können. Er sei zu seinem Bette zurückgetaumelt, habe indess durchaus keine Schmerzemfindung im Schädel, den Augen oder sonstwo gefühlt; nur ein dicker, schwarzer Schleier habe sich vor seinen Augen scheinbar ausgebreitet. Versuche, das eine Auge zu schliessen, überzeugten ihn bald, dass die Blindheit in gleicher Weise auf beiden Augen aussgesprochen war. — Betreffs der Causa wusste sich der Patient keiner Ursache zu entsinnen, er war bis dahin in seinem Berufe als Bergmann thätig gewesen, war durchaus gesund, hatte nie an schweren Krankheiten gelitten, war von Syphilis und erblicher Belastung frei und wusste sich nur eines vor circa Jahresfrist plötzlich eingetretenen epileptischen Anfalles zu entsinnen. Durch denselben war das Bewusstsein auf kurze Zeit geschwunden gewesen, und hatte sich Patient für einige Tage matt und müde zur Arbeit gefühlt. Weitere nachtheilige Störungen waren nicht zurückgeblieben.

Status: Patient, ist ein kräftig gross gebautes Individuum, 45 Jahr alt, Bergmann, bei dem sich keine organischen Störungen der allgemeinen Körperfunctionen nachweisen liessen. Auffallend war gleich die nach hinten gesenkte Haltung des Kopfes und ein beträchtliches Aufreissen der oberen Lider, wodurch die ober Lidspalte in grosser Ausdehnung und die oberen Partien der Sclera in derselben freiliegend erschienen. Bei der Aufgabe zu fixiren, wurden die Bulbi in raschen Drehungen um ihre Vertikalaxe bewegt; das Suchende des Blickes bewies, dass das centrale Sehen zum grössten Theile dahin gelegt war. Die Aufnahme der S ergab denn auch, dass dieselbe central auf beiden Augen $1/_{20}$ nicht erreichte, das Gesichtsfeld war auf einen kleinen, 10—12° auf allen Richtungen umfassenden Kreis beschränkt, die Farbenperception in diesem nur ganz unbestimmt für alle Farben vorhanden, doch wurden die höheren Töne distincter als die tieferen unterschieden.

Bei der Prüfung der Blickrichtungen nun zeigte sich, dass die Bulbi gleichzeitig und prompt nach unten, aussen und innen, nach der Median- und Temporalseite gewandt werden konnten. Doppelbilder traten nach keiner dieser Richtungen ein. *Allein unmöglich war es, eine Erhebung der Bulbi über die Horizontale nach oben, weder nach innen, noch nach aussen zu erzielen.*

Sobald Patient einen Gegenstand oberhalb des Horizontal-Meridians fixiren sollte, drehte er zuerst den Schädel um die Transversalaxe nach hinten, ohne dass die Bulbi in etwa gleicher Bewegung nach oben sich drehten. Wurde das zu fixirende Object noch weiter gehoben, so bemühte sich Patient krampfhaft, die Lidspalte durch Hebung des oberen Lides und Verkürzung der Stirnhaut zu erweitern, ohne indess die leisesten Zuckungen in den das Auge nach oben drehenden Rect. sup. und Obliq. infer. auszulösen. Wurde jetzt der Kopf in der Normalstellung fixirt, so dass er sich nicht nach hinten zu senken vermochte, so trat eine höchst eigenthümliche Erscheinung ein, dass, statt der Drehungen der Augen bei dem intendirten Blick nach oben, jetzt die Recti externi und interni bei-

der Augen in gleichmässige und gleichzeitige klonische Zuckungen geriethen, so dass die Augäpfel in regelmässigen, raschen Intervallen retrahirt und prodrudirt wurden und so das ganz fremdartige Bild eines Vor- und Rückwärtsschnellens der Augen darboten. Diese Erscheinung war eine so in die Auge springende, dass selbst Laien diese aussergewöhnliche Form *dieser* Augenbewegungen in ihrer Eigenart gleich zum Bewusstsein kam, und oft die Mitpatienten der Station den Kranken in den nächsten Tagen veranlassten, ihnen zum Amusement die Blickrichtung nach Oben zu intendiren, um so dies eigenthümliche Muskelspiel des raschen Vorspringens und Zurückweichens der Augäpfel zur Erscheinung treten zu lassen. Sowohl bei monoculärer wie bei binoculärer Fixation war keine Möglichkeit vorhanden, die Augen über die Horizontale nach oben zu bringen, während mechanischer Zug und Druck dieselben leicht in dieser Richtung folgen liess. Nur zeigten sich bei monoculärer Anstrengung die Protrusionsbewegungen des Auges in viel längeren Intervallen, und dann intensiver erfolgend. Doppelbilder konnten auf keine andere Weise als durch Bewaffnung *eines* Auges mit Prisma erzielt werden.

Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab keinen Anhalt für die beträchtlichen Störungen der Sehfunctionen; beide Papillen erwiesen sich in gleichem Maasse gefärbt, die Caliber der Gefässe boten keine pathologische Veränderung dar, gleichermaassen verhielten sich Retina und Chorioidea. T. n. —

Diagnose: Es liess sich also nach Anamnese und Befund keine andere Diagnose, als die einer acuten Herderkrankung in cerebo stellen, die der Natur der Sachlage nach keine andere als eine Apoplexie sein konnte. Schwieriger war indess die Definition der Lage derselben zu geben, da einmal die bilaterale gleichmässige Herabsetzung der S und die gleicher Weise ausgedehnte Beschränkung des peripheren Sehens den Sitz des Blutergusses in das Associationscentrum des gemeinsamen Sehactes zu legen gebot. Andererseits indess erlaubte die doppelseitige gleiche Affection im Bewegungsmodus der Augen eine *einseitige* Störung eines Theiles des Oculomotoriuskernes anzunehmen, da gleicher Weise die Lähmung des *einen* Rect. super. die conjugirte Affection des mit ihm in der Arbeit associirten Obliq. infer. der *anderen* Seite und ebenso des Obliq. infer. *jener* Seite mit dem associirten Rect. sup. *dieser* Seite bedingen konnte. Denn dass wir es nicht mit einer absolut gleichliegenden Cerebralaffection *beider* Seiten zu thun haben können, bedarf keiner weiteren Erwähnung. Wohl indess berechtigt uns dieser Fall, der uns schon durch das in der Anamnese bekundete Auftreten eines einmaligen epileptoiden Anfalles als den wahrscheinlichen Sitz der pathologischen Affection auf die Occipitallappen hinweist, auch jetzt die Apoplexie in diesen als das bekannte Centrum der Gesichtsempfindungen zu verlegen und könnte damit nur das pathologische Ergebniss der Muskelerkrankung durch Apoplexie, wenn auch nicht eines schon anatomisch nachgewiesenen, so doch aller Wahrscheinlichkeit nach hier anzunehmenden Associationscentrums der Augenmuskelbewegungen erklärt werden.

Gehören Beobachtungen dieser Art an und für sich zu den Seltenheiten, wie Praxis und Literatur nachweisen, so hier um so mehr, dass sich in unserem Falle die höchst auffallende Erscheinung anschloss, dass bei kräftiger Intention zur Auslösung von Bewegungen in den durch Associationslähmung ausser Thätigkeit gesetzten, das Auge nach oben drehenden Muskelgruppen dieser Willensact sich reflectorisch auf die Recti externi interni und inf. so übertrug, dass dieselben in gleichmässige und gleichzeitige associirte Zuckungen geriethen und zwar so lange, bis die Augen wiederum ein Object unter der Horizontalen zu fixiren hatten. Erst dann konnten auch durch diese Muskelgruppen spontane Bewegungen nach freier Willkür ausgelöst werden.

Behandlung und Verlauf: Der Verlauf des Processes war ein günstiger: bei anfangs derivirender Behandlung und Abhaltung aller Schädlichkeiten trat rasche Resorption der pathologischen Producte im Schädelraume und damit wieder im Verlaufe von drei Wochen die Möglichkeit ein, die Bulbi etwas über die Horizontale zu erheben, ohne dass die Rect. externi et interni in Mitaffection griethen. Die S hob sich gleichermaassen, so dass dieselbe nach dieser Zeit auch $^1/_5$ constatirt werden konnte, das Gesichtsfeld nahm ebenso an Umfang zu. Jetzt erst begann Patient über Schwindelerscheinungen beim Gehen und Stehen zu klagen, nachdem dieselben vorher bei der hochgradigen Herabsetzung des Sehvermögens nicht hatten in Erscheinung treten können. Nach weiteren fünf Wochen, unter Application des constanten Stromes und leichten Strychnininjectionen, zeichte sich S $=$ 1, Gesichtsfeld normal; die Augen können mit Leichtigkeit weit über die Horizontale nach oben gedreht werden, ohne dass die rect. ext. int. und infer. in Mitaffection gerathen. Nur selten, bei länger dauernder Fixirung eines ca. 1′ über der Horizontalen in $1^1/_2$′ Entfernung vom Auge gehaltenen Objectes werden noch kurzdauernde klonische Zuckungen ausgelöst und kommt das eigenthümliche Muskelspiel der Protrusionsbewegungen der Augen zur Geltung.

Mitte Mai konnte Patient als geheilt zu seiner früheren Beschäftung als Bergmann in der Grube entlassen werden. Prognostisch muss der Fall freilich wohl lange noch als ein dubiöser, der Gefahr des Recidives halber, angesehen werden.

---

219) **P. Seppili** und **P. Riva**: Miliare Aneurysmen der Hirnrinde in einem Falle von allgemeiner Paralyse.

(Riv. speriment. di fren. 1880. 1. 2.)

Die Verf. beschreiben einen Fall von progressiver Paralyse, welcher der von Voisin aufgestellten senilen Form angehört. — Die characteristischen Symptome, welche diese Form von den anderen Varietäten der gedachten Krankheit unterscheiden sollen, wären nach S. u. R. folgende: Atheromatöser Puls, geringe Intensität der apoplectiformen Anfälle, mit nur unbedeutendem Ansteigen der Temperatur, Fehlen jener periodischen Temperatursteigerungen, welche mit einer Verschlimmerung des meningocorticalen Processes ein-

hergehen, zunehmende Geistesschwäche, verbunden mit vagen Delirien und Störungen auf affectivem Gebiete, ohne Grössenwahn und gesteigertem Selbstgefühle. (Keines dieser Merkmale dürfte wohl ausschliesslich der senilen Form der progr. Paralyse zukommen. Red.)

In dem beschriebenen Falle fanden sich zahlreiche Miliaraneurysmen an den Arterien der Pia mater und der Hirnrinde, vorzüglich im rechten Stirn- und Scheitellappen (am meisten in den beiden Centralwindungen der rechten Seite).

In einer sehr ausführlichen und erschöpfenden Darlegung der Frage nach der Entstehungsursache solcher Aneurysmen wird der Nachweis erbracht, dass dieselben durch einen endarteritischen Process in den kleinen Hirnarterien bedingt sein können, wenn auch andere Entstehungsweisen nicht grade geläugnet werden dürfen.

Als hervorragendste pathologisch-anatomische Kennzeichen der senilen Form von allgemeiner Paralyse werden angegeben: Aneurysmen der Gehirnarterien, Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes im Gehirne (ohne dass sich entscheiden liess, ob es sich dabei um Theilung der vorhandenen Bindegewebszellen oder um Neubildung solcher, etwa aus ausgewanderten Lymphkörperchen, handelt) Fett- und Pigmentdegeneration der Ganglienzellen, diffuses Atherom. Obersteiner (Wien).

---

220) **Krueg**: Ueber Magenblutungen im Verlaufe der paralytischen Geistesstörungen.

(Archiv f. Ps. X. 3.)

Verf. erweitert die frühere, aus demselben Beobachtungsbezirk entnommene Angabe Obersteiner's, dass 2,5 der behandelten Paralytiker Blutungen des Magens und Darmes gehabt hätten dahin, dass das Vorkommen dieser Blutungen ein viel häufigeres sei. Zahlen giebt Verf. leider nicht an. Besonders wurden sie beobachtet in den vorgerückteren Stadien der gewöhnlichen, und schon in früheren Stadien der s. g. „gallopirenden" Fälle. Die Constatirung der Blutung sei nicht leicht, müsse mitunter auf chemischem und mikroskopischem Wege erreicht werden. Zur Erklärung werden vasomotorische Einflüsse herangezogen und auf die bekannten Versuche von Schiff, Ebstein, Brown-Sequard Bezug genommen, die nach Durchschneidung gewisser Hirntheile (Sehhügel, Hirnschenkel, Brücke, Oblongata, Vierhügel etc.) Erosionen und Blutungen fanden. Eine Lücke findet Verf. darin, dass in den genannten Arbeiten direct gesagt wird: Verletzungen der Grosshirnrinde (also des bei der Paralyse erkrankten Theiles) ziehen keine Magenblutung nach sich. Ref. verweist hier auf eine Arbeit von Eulenburg und Landois (Berlin. klin Wochenschr. 1876. 43.), die nach Verletzung bestimmter Hirnrindenstellen blutige Darmentleerung ohne locale Ursache beobachteten. — Die Blutungen der Paralytiker sollen besonders durch einen paralytischen Anfall befördert werden.

Therapeutisch empfiehlt Verf. Milchdiät, möglichste Vermeidung von Schlundsonden bei Nahrungsverweigerung. Eine event. Anaetzung des Magens oder Darmes durch Chloralhydrat schliesst Verf. in seinen Fällen aus.

Da Verf. seine Behauptung der „ausserordentlichen Häufigkeit“ dieser Blutungen nicht mit Zahlen beweist, so ist es gestattet die widersprechende Behauptung gleicherweise zu formuliren; ich halte diese Blutungen für „ausserordentlich selten“.

Erlenmeyer.

III. Verschiedene Mittheilungen.

322) *Die Provincialirrenanstalt für die Provinz Posen*, **Owinsk** *an der Warthe* scheint bei den jüngeren Collegen nach keiner Seite hin genügend gewürdigt zu werden, und gestatte ich mir desshalb folgendes zu bemerken, lediglich um dem grossen Uebelstande der beständigen Vacanz der dortigen Assistenzarztstellen Abhülfe zu schaffen.

Es mag ja richtig sein, dass die etwas isolirt gelegene Anstalt — 2 Meilen von Posen — und die Entfernung der Provinz Posen überhaupt nicht so leicht zu einem längeren Verweilen auffordert und einladet als die neuen Anstalten am *Rhein*, oder in der Nähe der grossen Städte *Berlin*, *Halle*, *Leipzig* u. s. w; indessen bietet die Anstalt für den Ausfall dieser doch mehr äusserlichen Punkte nach anderer und schwer wiegenderer Seite reichlichen Ersatz. Zunächst verfügt die Anstalt über ein Krankenmaterial, welches schon allein in seiner interessanten nationalen Mischung, wie sie in *Schwetz* und *Kreuzburg* kaum gefunden werden dürfte, grossartigen Stoff zu Studien psychiatrisch-anthropologischer Art liefert. Die Einrichtungen der Anstalt sind nach jeder Richtung hin musterhaft, und haben ihr in Brüssel die grosse goldne Medaille eingetragen. Die Mittel zur Behandlung der Kranken, deren Anzahl augenblicklich 321 beträgt, sind in umfassendster und reichster Weise gewährt, sodass alle Factoren zusammenströmen, um dem jungen Arzte Gelegenheit zu geben sich gründlich in der Psychiatrie zu unterrichten.

Dazu kommt eine Munificenz in der Creirung und Dotirung der ärztl. Stellen, wie sie keine andere Anstalt aufzuweisen hat. Es sind ausser dem Director dort 1 Secundararzt, 2 Assistenzärzte und 1 Volontoirarzt anzustellen, also auf 321 Kranke 5 Aerzte. Wie viel Zeit zu Studien bleibt dabei dem Einzelnen! Und wie sind die Stellen dotirt? Secundararzt: 3000 M. und freie Familienwohnung ohne Deputat; Assistenzarzt 2000 M., freie Garçonwohnung, Licht, Heizung und Wäsche; Volontairarzt: 1600 M., freie Wohnung, Licht, Heizung und Wäsche. Von den 4 Stellen sind augenblicklich nur 2 besetzt, die eine wird October auch frei, so dass dann 3 zu besetzten sind. Sehr wünschenswerth würde es sein, wenn Collegen, welche psychiatrische Studien machen wollen, besonders wenn sie der polnischen Sprache mächtig sind, sich nach Owinsk wendeten; ich bin überzeugt, dass sie unter der Führung des Director, Dr. Weyert, gründlich zu tüchtigen Irrenärzten ausgebildet werden.

E.

IV. Erklärung.

Es thut mir leid, Herrn Professor Schultze zu der in Nro. 16 dieses Blattes erschienenen Erklärung veranlasst zu haben.

Als ich mir während der Badener Versammlung über den Inhalt der einzelnen Vorträge flüchtige Notizen machte, hatte ich nicht entfernt die Absicht, dieselben zu veröffentlichen. Hierdurch wurde ich lediglich durch die Notiz der Redaction in Nro. 13 dieses Blattes veranlasst. Bestrebt, das Erscheinen des Referats möglichst zu beschleunigen, habe ich leider versäumt, dasselbe vorher nochmals durchzuarbeiten.

In Folge dessen ist mein Bericht allzu unvollständig und nicht überall präcis ausgefallen, und, was ich hier ausdrücklich hervorheben möchte, diess auch an mancher Stelle, wo von dem Vortrag des Herrn Prof. Schultze nicht die Rede ist.

Ich hoffe, dass hieraus den betreffenden Herrn Vortragenden ein ernstlicher Nachtheil nicht erwachsen werde, zumal ja Jeder, der sich für die Sache wirklich interessirt, nicht versäumen wird den officiellen ausführlichen Bericht zu lesen, welcher gemäss dem bekannten Beschlusse vom 2. Juni 1877 in dem Westphal'schen Archiv ohne Zweifel demnächst erscheinen wird.

Dr. Moriz Mayer (Heppenheim).

V. Neueste Literatur.

79) Holst, Ueber die Bedeutung der Behandlung von Nervenkranken in besonderen Anstalten. Riga.

80) Mendel, Die allgem. fortscheitende Paralyse der Irren. Berlin Hirschwald mit 12 Tafeln. 13 M.

81) Erb, Ueber die neuere Entwicklung der Nervenpathologie und ihre Bedeutung für den medicin. Unterricht. Lpz. Vogel. 1 M.

82) Dowse, The Brain and Diseases of the Nervous System. Vol. 2. Neuralgia. 8. London, Baillière.

83) Gowers, The Diagnosis of Diseases of the Spinal Cord. With Illustr. 8. London. Churchill.

84) Hirn, Notice sur la mesure des quantités d'electricité. 4 Paris. c. 60.

85) Burkart, Die chron. Morphiumvergiftung und deren Behandlung durch allmähliche Entziehung des Morphiums. Bonn. Cohen. 3 M.

86) Lehmann, Die chronischen Neurosen als klinische Objekte in Oeynhausen. M. 1 Taf. gr. 8. Bonn, Cohen und Sohn.

87) Mickle, General Paralysis of the Insane. 8. London, Lewis. sh. 10.

88) Rambosson, Propagation à distance des affections et des phenomènes nerveux expressifs. gr. 8. Paris, Masson.

89) Tigerstedt, Studien über mechanische Nervenreizung. 1. Abth. 6 Tfln. gr. 4. Berlin, Hirschwald. M. 6. —.
90) Delisle, Des déformations artificielles du crane. Av. 8 fig. d. le texte. M. 1. 50.
91) Bouillet, Contribution à l'étude du tétanos.

VI. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 M. fr. Stat. 3) Halle a. Saale, Volontärarzt, 1200 M. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 1. October 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. (Vergl. *Verschied. Mittheil.* oben.) 5) Hildburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei fr. Station. 5) Provinc.-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., fr Station. 6) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 7) Marsberg, Volontairarzt, katholischer Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 8) Ückermünde in Pommern, Assistenzarzt, 1000 Mark und freie Station. 9) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 Mark, freie Station. 10) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, sofort, 900 M., freie Station. 11) Wehnen (Oldenburg) Assistenzarzt, 1. August 12) Klingenmünster (bayr. Pfalz), Hülfsarzt, 1. October, 1000 Mark, freie Station I. Classe. 13) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 M. freie Sation. 14) Göppingen (Dr. Landerer), Assistenzarzt, 1500 Mark freie Station. — 15) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Erkelenz (Aachen), Eschwege (Cassel), Galdop (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Königsberger Kreis (Frankfurt a. Oder), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Mogilno (Bromberg), Osterode (Königsberg), Sensburg (Gumbinnen), Schönau (Liegnitz), Schroda (Posen), Stuhm (Marienwerder), Wehlau (Königsberg), Wollstein (Breslau).

Besetzte Stellen. Sachsenberg, die zum 1. October ausgeschriebene Assistenzarztstelle hat Herr Dr. Bernhardt, jetzt in Owinsk, erhalten.

Ernannt. Dr. Köhler zum Kreisphysicus in Landeshut; Dr. Grossmann zum Kreisphysicus in Obornick.

Todesfälle. Dr. Höfling, Kreisphysicus in Eschwege, der Verf. des Liedes „O alte Burschenherrlichkeit".

Druckfehler.

In Nro. 13. Seite 277, 2. Reihe von oben muss es hinter „wie" heissen: Hirnödem oder Blutungen in Folge etc. — In Nro. 16 pag. 328, Zeile 11 von oben lies: Koster statt Vorster.

V. Briefkasten der Redaction.

Dr. Obersteiner in Wien: die genannte Wochenschrift ist hier bei uns sehr verbreitet, übrigens soll Ihr Hinweis des Auslandes wegen mit Dank beachtet werden. Besten Gruss. Dr. Hinze: Herzlichen Dank! Dr. S. B, Eulerstrasse 13: Haben die „fleissigen Ferien" noch nicht begonnen? Gruss! Dr. Buch Helsingfors: Herzlichen Dank; am 21. August an sie abgeschickt.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. — 15. September 1880. — Nro. 18.

INHALT.

I. Originalien.

Beitrag zur Lehre von der „Spastischen Spinalparalyse."

Von Dr. med. RICHARD SCHULZ,
Prosector am herzogl. Krankenhaus zu Braunschweig.

Noch immer wird lebhaft darüber discutirt, ob es in der That eine primäre sclerotische Degeneration der Seitenstränge des Rückenmarks giebt, welche die anatom. Grundlage des Krankheitsbildes der spastischen Spinalparalyse bildet, ob ferner überhaupt diesem wohlcharakterisirten Krankheitsbilde krankhafte Veränderungen der Seitenstränge zu Grunde liegen. Bedeutende Gelehrte wie z. B. Leyden sprechen sich dagegen aus, er sagt (Berl. klin. Wochenschrift Nro. 49. 1878 p. 727) „die spastische Lähmungsform ist ein

ziemlich häufiges Symptom bei Rückenmarkskrankheiten verschiedener Art, sie stellt aber keine eigene Krankheitsform dar, sie tritt am häufigsten auf bei der chronischen Myelitis (Sclerose), sei es, dass sie in einem oder mehreren Herden auftritt, von denen aber einer zwischen Hals- und Lendenanschwellung zu liegen pflegt", während auf der anderen Seite, z. B. von Aufrecht (Deutsche medizinische Wochenschrift Nro. 18. 1880., ein Fall von primärer Sclerose der Seitenstränge veröffentlicht worden ist.

Nachstehende Mittheilung möge dazu beitragen weitere Aufklärung in dieser Frage zu bringen. Zunächst möge es gestattet sein, einen in Genesung ausgehenden Fall, welcher die Symptome der spastischen Spinalparalyse darbot, mitzutheilen, welcher sich eng anschliesst an die von v. d. Velden (Berl. klin. W. Nro. 38. 1878.) und von Heuck (ebendas. Nro. 3. 1879) veröffentlichten Fälle, als weiteren Beweis, dass bei dieser Krankheit Heilung, wenn auch in seltenen Fällen, vorkommt.

Am 28. Nov. 1878 wurde im hiesigen städtischen Krankenhause der 19 jährige Schlosser Moritz aufgenommen. Derselbe war auf der Wanderschaft begriffen gewesen und hatte sehr anstrengende Fusstouren gemacht. Bis Anfang November war er vollkommen gesund gewesen, hatte dann leichte Ermüdung der Beine, Schmerzhaftigkeit in den Knieen, bisweilen Ameisenkriechen empfunden. Die Füsse schwollen an. Oefters hatte er Nachts Wadenkrämpfe. Nach einigen Tagen der Ruhe im Krankenhaus besserte sich der Zustand und Patient konnte wieder langsam gehen. Dann trat wieder Verschlimmerung ein und um Weihnachten konnte Patient gar nicht mehr gehen. Niemals hat er Schmerzen im Rücken gehabt.

Status praesens aufgenommen im Januar 1879. Mittelgrosser, stark gebauter, junger Mann, mit gut entwickelter Muskulatur. Intelligenz, Kopfnerven normal. Keine Schmerzen im Rücken. Allgemeinbefinden gut. Kein Fieber.

Patient liegt zu Bett, auf dem Rücken, Beine gerade ausgestreckt, keine Contracturen. Füsse um die Knöchel herum ödematös geschwollen, mässig geröthet. Die Beine können nur mit Mühe und unter Schmerzen gehoben werden, sodass auch eine Prüfung auf Ataxie nicht möglich ist. Versucht Pat. aufzutreten, so steht er in Folge von krampfhafter Zusammenziehung der Wadenmuskeln auf den Zehen und die Beine zittern lebhaft, Gehen ist nicht gut möglich. Das *Muskelgefühl* ist in den Beinen *normal*, die *Muskelkraft vermindert*. Die objective Untersuchung ergiebt die *Sensibilität* vollkommen *intact*. *Patellarreflexe beiderseits ungemein gesteigert*, beim geringsten, leichtesten Klopfen auf die Patellarsehne fliegen die Beine in die Höhe, desgleichen ist an den beiden Füssen *lebhafter Dorsalclonus* vorhanden.

In den Beinen sind bei passiven Bewegungen *Muskelspannungen* nicht sehr hohen Grades zu constatiren. *Druck* auf die *Nervenstämme* am Bein besonders den Nerv. peron. und den N. obturatorius beiderseits *schmerzhaft*. In den Armen ist *keine Ataxie*, überhaupt nichts Krankhaftes zu bemerken als eine Erhöhung der Seh-

henreflexe. Reflexe treten auf bei Klopfen auf das Olecranon ulnae auf den Process. styloid. radii und das Capitulum ulnae und zwar immer im Muscul. biceps, verbunden mit geringer Beugung des Armes. Potenz anscheinend vermindert, es treten wenigstens keine Erectionen auf in letzter Zeit. *Keine Störung der Blasenfunction.*

Der Verlauf der Krankheit war in Kürze folgender. Unter der Behandlung mit täglich verabfolgten circa 24° R. warmen, protrahirten Bädern, trockenen Schröpfköpfen die Wirbelsäule entlang täglich und Jodkalilösung (5 : 150. 3 × täglich 1 Esslöffel) verschwand im Laufe von 6 Wochen die Reflexsteigerung, die Parese und das Oedem der Knöchel, welches später indess noch bisweilen flüchtig wiederkehrte. Pat. erkrankte dann, inficirt durch benachbarte Kranke, an Febris recurrens und wurde, nachdem dieses abgelaufen war, am 3. Mai 1879 geheilt entlassen.

Der Symptomencomplex wie er im Vorstehenden mitgetheilt ist, weicht allerdings in einigen Punkten von dem im Falle Heuck's ab, im wesentlichen aber haben wir das Bild einer mehr oder weniger acut aufgetretenen spastischen Spinalparalyse, Parese beider unteren Extremitäten, keine objectiv nachweisbare Sensibilitätsstörungen, Muskelspannungen, gesteigerte Sehnenreflexe, keine Störung der Blasenfunction. Abweichend vom Bilde der spast. Spinalparalyse sind hier die Schmerzen in den Beinen, Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme an den Beinen bei Druck, ferner die Schwellung und Röthung an den Knöcheln der Füsse, gerade wie im Falle Heuck's die Schmerzhaftigkeit längs der Wirbelsäule von dem Bilde der spast. Spinalparalyse abwich. Wie dort gerade dieses letzterwähnte Symptom die nächste Veranlassung war eine Meningitis spinalis rheumatica acuta anzunehmen, so glaubte ich in Anbetracht der Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme der Beine bei Druck, der Schwellung und Röthung um die Knöchel herum, die Diagnose auf eine durch die Ueberanstrengung auf der Wanderschaft hervorgerufene *Neuritis ascendens* stellen zu müssen, sowie auf eine secundär durch die Neuritis ascendens hervorgerufene, wohl durch Hyperämie bedingte, *Reizung der Seitenstränge* des Rückenmarks. Vielleicht lag ja auch nur eine functionelle Ueberreizung der Beinnerven und Seitenstränge des R.-M. vor. Dass die Seitenstränge in Mitleidenschaft gezogen waren, glaube ich annehmen zu müssen, denn nur durch deren Betheiligung kann meiner Ueberzeugung nach, wie ich weiter unten ausführen werde, der Symptomencomplex der spast. Spinalparlyse zu Stande kommen.

Doch der Fall ging in Heilung aus, wir können also nur Muthmassungen über die pathol.-anatom. Veränderungen haben, sehen wir, welche Resultate bei den beiden folgenden Fällen uns die Section lieferte.

Frau Brunke, 27 Jahre alt, Mutter von drei Kindern bemerkte seit August 1878 *leichte Ermüdbarkeit* der Beine, das Treppensteigen wurde ihr sauer, öfters hatte sie *Wadenkrampf*, auch häufig Schmerzen im Rücken von den Brustwirbeln ausstrahlend die Rippen entlang. Sie strauchelte leicht, und konnte die Füsse nicht gut vom Boden heben. Bisweilen waren *Parästhesien* in den

Beinen. Das Uriniren war beschwerlich. Mässige Obstipation bestand seit einiger Zeit. Niemals hatte sie Kopfschmerzen. Die Menstruation war seit Monat Januar 1879 ausgeblieben. Allmälig verschlimmerte sich der Zustand, Patientin konnte ihre häuslichen Geschäfte nicht mehr besorgen, weil ihr das Gehen unmöglich war. Sie lag auf dem Sopha oder zu Bett. Status praes. aufgenommen den 13. Mai 1879.

Leidlich genährte Frau, normal gebaut, auf dem Sopha liegend mit ausgestreckten Beinen. Der Leib entspricht einer Gravidität im 5. Monat. Intelligenz, Kopfnerven normal. Obere Extremitätäten ohne jede Krankheitserscheinung. Am Rücken äusserlich keine Veränderung wahrzunehmen. Wirbelsäule gerade. Bei Druck auf die Proc. spin. der mittleren Brustwirbel treten Schmerzen auf, die Rippen entlang ziehend. Die Beine können, wenn auch mit Mühe, ohne Schmerzen gehoben werden. *Muskelkraft* ist *vermindert*, auch das *Muskelgefühl* ist, wenn auch gering, *herabgesetzt*, rechts mehr als links. *Sensibilität ist nicht wesentlich, aber doch etwas vermindert.* In den Beinen *Andeutung* von *Ataxie. Patellarsehnenreflexe ungemein gesteigert. Lebhafter Dorsalclonus* an beiden Füssen. Rechts die Reflexe stärker als links. Beim Stehen mit geschlossenen Augen geringes Schwanken, der *Gang* ist *spastisch*, die Füsse werden mit Mühe vor einander gesetzt, kleben am Boden. Bisweilen hat die Patientin blitzartige in den Beinen herunterschiessende Schmerzen. Das Uriniren ist beschwerlich. Allgemeinbefinden sonst gut. Kein Fieber.

Den weiteren Verlauf der Krankheit konnte ich leider nicht verfolgen, da ich selbst am 28. Mai schwer an Febris recurrens erkrankte; erst am 28. September 1879 sah ich die Patientin wieder in den traurigsten Verhältnissen. Sie war einige Tage vorher niedergekommen, hatte hohes Fieber, profuse Schweisse, ungemein heftige in den Beinen blitzartig herunterschiessende Schmerzen, welche nur durch Morphiuminjectionen gelindert werden konnten, die Steigerung der Sehnenreflexe war eine so bedeutende, dass wenn sie mit den Füssen unten gegen das Bettende trat ihr ganzer Körper in das heftigste Zittern kam. Am 14. October 1879 trat der Tod ein.

Die Section machte ich am folgenden Tage, in einer kleinen Kammer, und beschränkte ich mich daher auf das Nothwendigste, die Herausnahme des Rückenmarks.

Im Bereich der mittleren Brustwirbel *haftete* die *Dura mater* dem *Wirbelcanal fester an*; hier war die *Dura mater* an der ganzen vorderen, besonders rechten *seitlichen* Fläche in einer Höhenausdehnung von ungefähr $4^1/_2$ Ctm. *verdickt* zu einer circa $1—1^1/_2$ Ctm. dicken gelblichen mehr oder weniger festen Masse, welche sich beim Einschneiden im Innern zum Theil eitrigrahmig zerfallen zeigt. Die Pia mater war in dieser Parthie mit der Geschwulstmasse verwachsen. Die Wirbelkörper waren gesund. Im Uebrigen waren die Rückenmarkshäute vollkommen normal. Das *Rückenmark* selbst war an der Stelle der Geschwulstbildung *erheblich abgeflacht, comprimirt*, und mehr oder weniger *erweicht*, im Uebrigen war das Rüc-

kenmark von normaler Consistenz und zeigte *makroskopisch keine Veränderung*, vor allem sowohl aufwärts als abwärts *keine Spur* von *secundärer Degeneration*. Von einer Eröffnung der Schädelhöhle glaubte ich nach diesem Befunde Abstand nehmen zu können. Das Rückenmark wurde in einer $1^1/_2$% Lösung von doppeltchromsauren Ammoniak gehärtet. Auch am *gehärteten Rückenmark* war *makroskopisch nicht* eine Spur *secundärer Degeneration* zu finden; leider war in Folge meiner Erkrankung an Febris recurrens mit nachfolgender Iridochorioiditis des rechten Auges, welche mich lange Zeit am Mikroskopiren hinderte, eine Ueberhärtung eingetreten, es liessen sich Schnitte zur mikroskopischen Untersuchung wegen Brüchigkeit des Markes absolut nicht gewinnen.

Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulstbildung der Dura mater ergab nach Aussen zu die verdickte, fibrilläre Dura mater mit Einlagerungen von zahllosen kleinen Rundzellen, nach Innen zu ein weicheres Gewebe bestehend aus zahllosen kleinen Rundzellen, durchzogen von zahlreichen Capillaren; im Inneren feinkörnige Detritusmassen, durch Blutfarbstoff, tingirt und Hämatoidinkörnchen.

Fassen wir in Kürze den Befund und die Hauptzüge des Krankheitsbildes zusammen, so haben wir es zu thun mit einer *Compressionsmyelitis*, bedingt durch eine *Pachymeningitis dorsalis hypertrophica*. Die Compressionsmyelitis der Seitenstränge im Brustmark, bewirkte den nicht ganz reinen Symptomencomplex der spastischen Spinalparalyse, Parese der unteren Extremitäten, Muskelspannungen hochgradige Steigerung der Sehnenreflexe (rechts stärker, als links, weil hier die Geschwulstbildung stärker auf den Seitenstrang gedrückt hatte). Der Grund der geringen Sensibilitätsstörung, sowie der blitzartigen Schmerzen darf wohl in Erweichung der Hinterstränge an der Compressionsstelle gesucht werden. Die Erschwerung des Urinirens findet in der Gravidität ihre Erklärung.

Der letzte mitzutheilende Fall betrifft eine Patientin aus der Praxis eines befreundeten Collegen.

Frau Küster, 29 Jahr, ziemlich zart gebaute Frau, Mutter mehrerer Kinder, stammt aus einer Familie, in welcher keine Nervenkrankheiten vorgekommen sind, doch soll ihre Mutter nach einem Wochenbett 2 Jahr lang nicht ordentlich haben gehen können. Sie selbst litt früher öfters an Rückenschmerzen und Müdigkeit in den Beinen. Stärker erkrankte sie nach der Geburt des letzten Kindes; sie lag darnach sehr lange und konnte nur sehr schlecht gehen, strauchelte leicht, litt viel an Rückenschmerzen, Kriebeln und Einschlafen der Beine. Nie Blasenstörung.

Status praesens den 16. Februar 1878.

Patientin von gutem, gesunden Aussehen, kann sich nur mit Mühe im Zimmer fortbewegen, sich an Tischen und Stühlen haltend, ihr *Gang* ist weitbeinig, *spastisch*, die Fussspitzen kleben am Boden, scharren, keine Spuren von Schleudern. Stehen nur weitbeinig möglich, beim Schliessen der Augen tritt ziemlich starkes Schwanken ein.

Muskelkraft bedeutend *herabgesetzt* rechts mehr als links. *Muskelgefühl ebenfalls herabgesetzt. Sensibilität vermindert*, doch nicht

sehr erheblich, *bisweilen wird sehr scharf localisirt. Keine Spur* von *Ataxie* weder in den Armen noch in den Beinen. *Starke Muskelspannungen* in den Beinen bei passiven Bewegungen. *Patellarsehnenreflexe* ganz *bedeutend gesteigert. Lebhafter Dorsalclonus an* beiden Füssen. Auch in den Armen treten Reflexe auf bei Percussion des Olecranon und des unteren Radius- und Ulnaendes. Arme sonst vollkommen normal. *In den Füssen leichte Paraesthesien. Oft Rückenschmerzen. Blase functionirt normal.* Kopfnerven normal, kein Schwindel, kein Kopfschmerz. Allgemeinbefinden gut. Kein Fieber.

Der weitere Verlauf gestaltete sich in der Weise, dass die Patientin schliesslich gar nicht mehr gehen konnte und *vollkommen paraplegisch* mit fest an einander gepressten Knieen zu Bette lag. Die *Sensibilität* nahm nach und nach immer mehr ab und war *zuletzt vollständig aufgehoben*, sodass sich Patientin bedeutende Verbrennungen an den Füssen zuzog beim Gebrauch einer zu heissen Wärmflasche, ohne etwas davon zu bemerken. Schliesslich trat *Decubitus* ein und Patientin starb am 17. April 1879.

Am 18. April wurde von mir die Eröffnung der Schädelhöhle und des Wirbelkanals vorgenommen. Die Hirnhäute waren vollkommen normal. *Gehirn* von normaler Grösse, Windungen gut entwickelt; Substanz sehr zäh und fest. Blutgehalt normal.

Ventrikel nicht erweitert.

Rückenmarkshäute zeigen nirgends eine Spur von krankhaften Veränderungen.

Rückenmark ziemlich fest. Durchschnitte in Distanzen von 4 Ctm. gemacht zeigen schon makroskopisch erhebliche Veränderungen.

Im *Dorsaltheil war fast der ganze Querschnitt von gelatinösem Aussehen.* Im Lendentheile zeigten sich besonders die *hinteren Abschnitte* der *Seitenstränge* und die *centralgelegenen Parthien* der *Hinterstränge* degenerirt.

Herr Professor F r i e d r i c h S c h u l t z e in *Heidelberg* hatte die Güte für mich die mikroskopische Untersuchung des gehärteten Rückenmarks, welche mir meine Augenerkrankung verbot, vorzunehmen; er theilte mir als Resultate seiner Untersuchung folgendes mit, wodurch er mich zu grossem Danke verpflichtet hat. „Der Dorsaltheil war fast auf dem ganzen Querschnitt degenerirt, nur kleinere Parthien der Seitenstränge und der Hinterstränge von wechselnder Form waren intact geblieben. Die Veränderung war die der Sclerose, die Gefässe zum Theil erheblich verdickt, ihre Wandungen kernreich. Besonders deutlich war die Veränderung der grauen Substanz, der vorderen sowohl wie der hintern. Fast nur Glia zeigte sich und in dem rarefizirten Gewebe ausgezeichnete Exemplare grosser Deiterscher Zellen mit kolossalem Kern, wenig Protoplasma und langfortgesetzten, zeitig geknickten Ausläufern. Im Lendentheil ist die Veränderung der grauen Substanz viel geringer; hier ist eine grosse Anzahl Ganglienzellen in den Vorderhörnern sichtbar, die im Dorsalmark bis auf sehr spärliche Reste völlig fehlen, auch in den Seitensträngen ist die Veränderung von geringer Ausdehnung, wesentlich die hinteren Abschnitte (Pyramidenbahnen) sind ergriffen. Ausserdem sind die Hinterstränge zum

grösseren Theile mit Ausnahme der peripheren Parthien und der an die Hinterhörner angrenzenden Abschnitte degenerirt. Im unteren Theil der Medulla oblongata war in beiden Pyramiden in den inneren Abschnitten derselben eine deutliche partielle Degeneration auffindbar.“

Nach dem Mitgetheilten haben wir es hier zu thun mit einer chronischen *Querschnitts-Myelitis* im *Dorsalmark* mit entweder gleichzeitiger Myelitis in den Seitensträngen und Hintersträngen im Lendentheil oder, was mir wahrscheinlicher ist *secundärer Degeneration der Seiten- und Hinterstränge* des *Lendentheils.* Diese pathol. Veränderungen bewirkten den hier allerdings nicht ganz reinen Symptomencomplex der spastischen Spinalparalyse.

Immerhin traten die charakteristischen Symptome dieser sehr in den Vordergrund besonders in der ersten Krankheitszeit und glaubte ich diese auf die *sehr markirte secundäre Degeneration* der *Seitenstränge* im *Lendenmark* beziehen zu müssen. Erst später stellten sich mit stärkerem Auftreten der Degeneration der Hinterstränge die hochgradigen Sensibilitätsstörungen ein.

Schon in einer früheren Mittheilung, (Giebt es eine primäre Sclerose der Seitenstränge des Rückenmarks? Deutsches Archiv für klin. Medizin. Bd. 23. p. 343.) glaubte ich nach den vorhandenen Sectionsbefunden es verneinen zu müssen, 'dass eine primäre, von unten aufsteigende Sclerose der Seitenstränge des Rückenmarks analog der Sclerose der Hinterstränge vorkommt. Meine damaligen Zweifel haben nach den weiter von anderer Seite mitgetheilten Sectionsbefunden und nach den von mir beobachteten Fällen immer mehr zugenommen. Unter der jetzt schon ganz erklecklichen Anzahl von Sectionsbefunden hätte meiner Ansicht nach doch wohl *einer* sich einmal finden müssen, welcher ganz rein den path. Befund der primären symmetrischen Seitenstrangsclerose darbot. Schon früher ist von mir der v. Stoffela'sche Fall als Beweismaterial des mangelnden Gehirnbefundes wegen zurückgewiesen. Der in neuerer Zeit von Aufrecht (l. c.) mitgetheilte Fall kann ebensowenig als Beweis angeführt werden. Er ist vielmehr ein Fall von *amyotrophischer Seitenstrangsclerose.* Die grauen Vorderhörner waren sowohl im Rücken- als stärker im Lendentheile ergriffen, die Ganglienzellen geschwunden. Zudem war auch das *klinische Bild durchaus nicht rein* das der spastischen Spinalparalyse, eine *Steigerung* der *Sehnenreflexe* war *nicht vorhanden*, es heisst nur „die Patellarsehnenreflexe beiderseits vorhanden, rechts etwas stärker als links“, später waren dieselben sogar *erloschen.*

In meinen beiden vorstehend mitgetheilten Fällen hatten wir das mehr oder weniger reine Bild der spastischen Spinalparalyse, das eine Mal bis zum Tode, das andere Mal mehr vorübergehend in der ersten Krankheitszeit, bei einer Compressionsmyelitis im Dorsalmark ohne nachgewiesene secund. degenerative Vorgänge in den Seitensträngen und bei einer Querschnittsmyelitis im Dorsalmark mit secundärer Degeneration der Seiten- und Hinterstränge. Nach

Allem kann ich mich daher nur Leyden anschliessen, wenn er sagt: „die spastische Lähmungsform ist ein ziemlich häufiges (ich möchte noch hinzufügen „bisweilen nur vorübergehend auftretendes“) Symptom bei Rückenmarkskrankheiten verschiedener Art, sie stellt aber keine eigene Krankheitsform dar.“

Trotz der verschiedenartigen anatomischen Grundlagen empfiehlt es sich meiner Meinung nach doch aus naheliegenden praktischen Gründen *klinisch* an der „spastischen Spinalparalyse“ als Krankheitsform festzuhalten.

Das aber glaube ich noch als meine Ueberzeugung aussprechen zu sollen, dass der ganze Symptomencomplex der spastischen Spinalparalyse *nur mit Erkrankung der Seitenstränge* in Verbindung gebracht werden kann, dass so lange dieser Symptomencomplex besteht, sei es vorübergehend, sei es dauernd, die Seitenstränge an irgend einer Stelle ihres Verlaufs entweder allein erkrankt oder wenigstens in hervorragender Weise in Mitleidenschaft gezogen, oder auch nur functionell gereizt sind. Nur durch eine Störung der Function der Seitenstränge kann wie Erb in überzeugender Weise in seiner Theorie der Krankheit (Krankheiten des Rückenmarks Ziemssen Bd. XI. H. II. p. 645.) ausgeführt hat, der Symptomencomplex zu Stande kommen.

Man führe mir nicht zwei meiner eigenen Fälle (Hydrocephalus, III. Fall der Arbeit im Deutsch. Archiv für kl. Medizin Bd. 23. p. 351) und den zweiten vorstehend mitgetheilten Fall, in welchen sichtbare Veränderungen der Seitenstränge nicht aufzufinden waren, als Gegenbeweis an.

Die Structur der Centralorgane ist eine so eminent feine, die Function derselben z. B. der Reflexmechanismus ebenfalls sicher so fein, dass selbst mikroskopisch nicht sichtbare, ja überhaupt gar keine Veränderungen, sondern wohl nur Reizungen dazu gehören, um die Functionen zu stören. Eine solche Reizung der Seitenstränge hat auch jedenfalls in dem Falle Hydrocephalus vorgelegen.

Während in dem 2. Falle Strümpells (Hydromyelus Arch. für Psychiatrie. Bd. X. Heft 4. p. 20) möglicherweise durch Druck der Flüssigkeit im Centralkanal auf die Seitenstränge ihrer ganzen Länge nach diese zur Degeneration gebracht waren, so kann man sich denken, dass die gesteigerten Druckverhältnisse im Schädel beim Hydrocephalus sich auf den Centralkanal des Rückenmarks fortsetzten, und wenn auch in vermindertem Grade durch Druck auf die Seitenstränge diese reizten. Keinesfalls möchte ich, wie Strümpell es thut (l. c. p. 41) die Intactheit der Seitenstränge in diesem Fall, als Widerlegung der Annahme, dass „bei Affection der „Seitenstränge“ vor Allem die Erhöhung der Sehnenreflexe zur Beobachtung kommen soll,“ anführen.

Meiner Ueberzeugung nach ist *ein* solcher *positiver* Befund wie im 1. Falle meiner Arbeit (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 23 p. 346 Sectionsbefund. Klin. Verlauf in Archiv der Heilkunde Bd. 18. p. 358.) Tumor der Medulla oblongata mit beiderseitiger secundärer Seitenstrangsclerose an typischer Stelle bei weitem beweiskräftiger für den innigsten Zusammenhang der Symptome der spast. Spi-

nalparalyse mit der Seitenstrangerkrankung als *zwei* oder *mehrere negative* Sectionsbefunde. In diesem Falle fand sich bis zum Tode das ausgeprägteste Bild der spastischen Spinalparalyse und die Untersuchung ergab einzig und allein secundäre Degeneration der Seitenstränge an typischer Stelle.

II. Referate.

222) Christoph von Schröder: Studien über die Schreibweise Geisteskranker.

(Inaug. Diss. Dorpat 1880. pag. 65 mit 4 Seiten Schriftproben.)

Verf. hat das schon sehr häufig bearbeitete Thema einer neuen Revision unterzogen, vorzugsweise an der Hand der vom Ref. fixirten Grundzüge der Physiologie und Pathologie der Schrift*); seine Arbeit ist eine recht verdienstvolle. Im I. Abschnitt giebt er zunächst die Mechanik des Schreibens, dann setzt er den psychischen Vorgang beim Schreiben mit jenem beim Sprechen in Relation, besonders beim Erlernen beider Fähigkeiten. Ob es richtig ist, „dass die Seele den Sprachapparat zum Theil schon fertig vorfindet, wenn sie an dessen Benutzung geht, und dass das schreibenlernende Kind keine solche Unterstützung an präformirenden Leitungsbahnen vorfindet, letztere vielmehr vollkommen neu gebildet werden müssen", dass also auch eine psychisch-motorische Unterlage dafür vorhanden sein soll, dass man zuerst sprechen, dann erst schreiben lerne, ist eine unbewiesene Ansicht, weiter nichts. Ich bemerke hierzu, dass Faulmann in seinem neuen grossartigen Werke *„die Geschichte der Schrift"* auf Grund vergleichend ethnologisch-anthropologischer Forschungen die umgekehrte Behauptung als die wahrscheinlichere aufstellt, dass die Schriftzeichen älter seien als die Lautzeichen, dass also ontogenetisch früher geschrieben als gesprochen worden sei. — Dass das Kind, welches schreiben lernt „ein allgemeines Zittern der Linien" (pag. 15) zeige, muss ich bestreiten; ein Kind schreibt niemals zitternd, immer nur „atactisch." Zittern ist absolut nur ein Symptom der Involution; für die Entwicklungsperioden ist „Ataxie" das pathognostische Symptom auf allen Gebieten.

Was Verf. sagt über die Beziehung der Schrift zum Character, über den Unterschied der Schrift bei Männern und Frauen wird jeder anerkennen müssen. Die Controverse des Verf. gegen des Referenten Behauptung — die übrigens längst vor ihm schon von vielen Anderen als absolut richtig aufgestellt worden ist — dass nämlich vorübergehende Affectzustände, wie Freude oder Aerger etc. sich in den Schriftzügen wiederspiegeln, ist in keiner Weise fundirt. Dass er und „andere Beobachter, die er darüber befragte" dies nicht constatiren konnten, beweist höchstens, dass sie nicht bei richtiger Gelegenheit oder nicht in der richtigen Weise beobachtet haben. Ich führe zur Wahrung der Richtigkeit meiner Ansicht folgendes an.

*) Erlenmeyer, Die Schrift, Stuttgart A. Bonz et Comp. 1878. gr. 8° mit 12 Tafeln.

Lavater der bekanntlich geneigt war den Charakter des Menschen aus seinen Schriftzügen zu beurtheilen, sagt in seinen physiognom. Fragmenten: „Eben derselbe Mensch, der doch nur einen Charakter hat, handelt oft, dem Anschein nach wenigstens, so verschieden wie möglich ..... Aus der Verschiedenheit der Handschrift eines Menschen erhellt, dass sich dieselbe nach seiner jedesmaligen Lage und Gemüthsverfassung richte. Derselbe Mensch wird mit derselben Tinte, derselben Feder, auf demselben Papiere seiner Schrift einen anderen Character geben, wenn er heftig zürnt und wenn er liebreich und brüderlich tröstet. Wer will es leugnen, dass man es nicht oft einer Schrift leicht ansehen könne, ob sie mit Ruhe oder mit Unruhe verfasst worden?"

Dr. Dorow, der Herausgeber der Facsimile von Handschriften berühmter Männer und Frauen, behauptet in Bezug auf die eben citirten Worte Lavaters, dass er durch das Studium seiner Handschriftensammlung sich von der Wahrheit dieser Lavater'schen Lehre zu überzeugen vielfach Gelegenheit gehabt habe.

Goethe pflegte zu sagen, dass ihn das aus Handschriften über den Charakter des Menschen hergeleitete Urtheil selten betrogen habe.

Wilh. v. Humbold und v. Woltmann, der bekannte Historiker äussern sich ähnlich.

Ich habe absichtlich in meinem Buche, die von dem Verf. vermisste Erklärung weggelassen, weil mir einmal die Sache höchst einfach und über jeden Zweifel erhaben scheint, dann aber weil ich gerade dieserhalb Schriftproben nicht geben wollte, die das Buch unnöthig vertheuert hätten. Und ohne solche eine bestimmte Schrift zu erklären und differentiell zu beschreiben halte ich für sehr schwierig. Immerhin will ich es hier, um meine Behauptung zu beweisen, an einem klassischen Beispiel versuchen. Ich habe die Facsimile von 4 Unterschriften von Napoleon dem Ersten vor mir, die an Prägnanz der Differenz nichts zu wünschen übrig lassen. Nro. 1 ist seine Unterschrift nach der Kaiserkrönung am 2. Dezbr. 1804; die Schrift ist flüchtig, aber fest, deutlich und leserlich. Das Grössenverhältniss der einzelnen Buchstaben untereinander ist im Ganzen normal; der letzte Grundstrich des letzten n artet in einen einfachen Schnörkel aus, der unter dem ganzen Namen herläuft, und etwas dicker gestrichen ist als die Grundstriche des Namens selbst. Nro. 2 ist eine Unterschrift aus dem Jahre 1806, nach Jena, Auerstädt und dem Einzug in Berlin; sie dokumentirt den raschen Sieger: ein N, ein a und ein zu leichtem Schnörkel gezogenes p, weiter nichts. Alle Striche gleich stark, die Schrift ist stark liegend während Nro. 1 ganz aufrecht steht. Nro. 3 ist Napoleons Namenszug nach der verlorenen Schlacht bei Leipzig am 23. October Mittags in Erfurt geschrieben. Ein grosses merkwürdiges N, viermal so gross wie die Anfangsbuchstaben der beiden ersten Unterschriften; der letzte Strich ist weit ausfahrend, dick, geschmiert, es spritzen von ihm Tintenflecke in die Umgebung. Unmuth, Zorn und Verdriesslichkeit spiegeln sich in diesem N deutlich wieder. Nro. 4 ist von dem Gefangenen auf Helena. Die Schrift hat die meiste

Aehnlichkeit mit Nro. 1, nur sind die Grundstriche dicker, der Name ist länger gezogen, der Schnörkel unter dem Namen ist ein langer dicker Tintenklecks.

Sollten diese 4 so ausserordentlich verschiedenen Unterschriften nun alle bei derselben Gemüthsstimmung geschrieben sein? gewiss nicht, denn es lässt sich mit Bestimmtheit annehmen, dass Napoleon nach seiner Krönung zum Kaiser, nach dem schnellen Erfolge des Jahres 1806, nach seiner Besiegung bei Leipzig und auf Helena nicht dieselbe Gemüthsstimmung gehabt hat, und dass er in diesen verschiedenen Gemüthsstimmungen jedesmal verschieden schrieb, ist nicht zu leugnen. Ich denke später Gelegenheit zu haben diese Schriftproben zu veröffentlichen, dann wird die Richtigkeit meiner Ansicht deutlicher werden.

Verf. betont dann den Werth der Schrift als diagnostisches und prognostisches Hülfsmittel bei Psychosen, sagt dass bei allgem. fortschr. Paralyse, s. g. Hebephrenie (Hecker) und primärer Verrücktheit die Schrift oft schon frühzeitig ein Spiegel der krankhaften Geistesthätigkeit sein könne. Bezüglich des prognostischen Werthes führt er einen Fall von G ü n t z an, wo ein des (primären) Blödsinns verdächtiger Kranker durch einen logisch zusammenhängenden Brief documentirte, dass es sich nicht um Blödsinn handelte; der Kranke wurde dann durch die nun installirten Curversuche auch zur Genesung geführt. Dem leider unvollständig reproducirten Fall von M a r c é, wo eine an stuporöser Melancholie mit Vergiftungswahn leidende Kranke alle an sie gerichteten Fragen deutlich beantwortete, und einem in russischer Sprache (?) abgedruckten Fall K o w a l e w s k i's, den ich nicht lesen kann, lässt er ein instructives Beispiel davon folgen, dass bei der Entscheidung darüber, ob bei Paralyse Remission oder Heilung vorgelegen hat, die schriftliche Aeusserung des Patienten formell und inhaltlich gegen letztere sprach. — Was die Literatur anlangt, so berücksichtigt Verf. nur die Arbeiten von G ü n t z, M a r c é und B a c o n. Viele andere, wie die von D r o s t e, M a x S i m o n, L e g r a n d d u S a u l l e, R a g g i scheinen ihm unbekannt geblieben zu sein.

Im zweiten Abschnitt seiner Arbeit geht Verf. dazu über die Schriften einzelner Krankheitsformen zu characterisiren.

Melancholie. „Von den an Melancholie leidenden Kranken schreibt nur eine geringe Anzahl. Dies ist leicht erklärlich.“ Nach G ü n t z schreiben von 100 Melancholikern nur 80. „Die schriftlichen Aeusserungen der Melancholischen sind ein treues Abbild ihrer schmerzlich verstimmten Seele; die psychische Hemmung, der verkleinerte Vorstellungskreis spiegeln sich in demselben treu wieder. Die Briefe eines Kranken sind oft — nach meiner Ansicht *immer*, Ref. — einer dem anderen sehr ähnlich. Die verschiedenen Wahnideen können schriftlich zum Ausdrucke kommen, der intendirte Selbstmord durch einen Brief angedeutet werden. Verf. bespricht — auch bei anderen Gelegenheiten kommt das vor — bei den *formalen* Störungen in den schriftlichen Aeusserungen auch den *Styl;* das ist doch entschieden unstatthaft, dass der Styl *psychischen* Charakters ist, ebenso wie die Construction (Grammatik). Die Fehler

im Style sind wohl nicht die directe Folge der Melancholie, sondern mehr indirect eine Folge der durch dieselbe hervorgerufenen Schwächung der intellectuellen Fähigkeiten. Die Schwächung der letzteren ist bei der Solidarität der psychischen Functionen leicht erklärlich. Die Orthographie ist zuweilen mangelhaft, die Interpunction incorrect. Ausgelassene und ausgestrichene Buchstaben, Silben, Worte oder ganze Sätze, zuweilen doch wieder erneuert; Buchstabenansätze, welche entweder ausgestrichen oder zu andern als zu den ursprünglich beabsichtigten Buchstaben verändert wurden, verrathen die Langsamkeit und Unschlüssigkeit der Feder. Alle diese Angaben des Verf. über das Aeussere, das Papier, seinen Reinlichkeitszustand, die Art wie es zusammengefaltet wird u. s. w. sind alle interessant und zweifellos richtig. Beispiele illustriren das Gesagte.

Manie. Im Gegensatze zu den Melancholischen zeigen die an Manie leidenden Kranken eine gesteigerte Lust, sich schriftlich zu äussern. Dem schnellen Wechsel der Vorstellungen entsprechend sind die Briefe der Maniaci, was den Inhalt betrifft, einander sehr unähnlich. In den leichteren Graden der Krankheit wird der Styl oft ein leichter, fliessender, oft geradezu ein schöner. Bei höheren Graden, *jemehr sich die maniakalische Exaltation der Tobsucht nähert*, desto mehr wird der Styl defect und fehlerhaft, es geschieht dies durch die zunehmende Schnelligkeit der psychischen Acte, und durch Mangel an Aufmerksamkeit. Es kommt weiter zu fehlerhafter Construction, zu Auslassung von Buchstaben, Silben und Worten. Die Buchstaben werden grösser, mit kühnem Zug zu Papier gebracht, man sieht es der Schrift an, dass die Feder mit bedeutender geistiger Energie geführt wurde. Oft auch werden die Buchstaben kleiner, unregelmässiger; wohl desshalb, weil der Kranke mit möglichster Schnelligkeit schreiben will. Bei einem Kranken beobachtete Verf., dass jemehr sich derselbe beeilte, die Buchstaben immer kleiner wurden und schliesslich in einfache horizontale Striche ausarteten (kommt annährungsweise auch bei nicht maniakalischen Schnellschreibern vor. Ref.) Auch hier illustriren Schriftproben das Gesagte.

Folie circulaire. Die Schrift entspricht den einzelnen Perioden. Beispiele.

Dementia paralytica. Die Angaben des Verf. sind eine Bestätigung der früheren Angaben des Referenten, er unterscheidet die psychischen von den formalen (Zittern und Ataxie) Fehlern. Ref. hatte behauptet, und behauptet es noch, dass erstere den letzteren vorangehen. Schüle hat das bestritten; Verf. schliesst sich diesem an. Ref. kann Beiden nur entgegenhalten, dass die Differenz der Anschauung wohl darin ihren Grund haben kann, dass Ref. frühere Stadien der Paralyse gesehen haben mag, was ja bei seiner Stellung an einer Privatanstalt leichter möglich ist als bei öffentlichen Anstalten, aus denen jene ihre Erfahrungen schöpften.

Dass die Schrift der Paralytiker ein Rückfall in diejenige des Kindes sein soll, was Verf. annimmt, und als These aufstellt, ist aus dem bereits oben angeführten Irrthum des Verf. entstanden; die These ist falsch, weil die Schrift des Kindes nicht zitternd ist. Un-

ter einem Kinde, welches schreiben lernt, versteht übrigens wohl Niemand ein 8jähriges Mädchen, welches schon einige Festigkeit im Schreiben des deutschen Alphabethes besass, die aber noch nie lateinische Buchstaben geschrieben hatte (pag. 53). Dieser erste Versuch ist facsimilirt (Taf. III. Fig. 2) und soll bei „aufmerksamer Betrachtung“ eine „unverkennbare“ Aehnlichkeit mit einer Probe von Paralytikerschrift (Fig. 1) darbieten. Ich muss bedauern, dieselbe quoad Zittern nicht auffinden zu können, wohl aber hat die Schrift atactiche Züge. Meiner Meinung nach hat Verf. seiner These durch diese Schriftprobe, die sie beweisen soll, gerade die Unhaltbarkeit verliehen.

Primäre Verrücktheit mit Verfolgungswahn und secundäre Verrücktheit. Die Schrift bei diesen Formen bietet nichts Besonderes dar.

Dem Büchlein, welches recht fleissig gearbeitet ist und den Ruf der Dorpater Dissertationen nur bestärkt, wenn das noch möglich ist, ist wegen seines anregenden und auch oft recht belehrenden Inhaltes eine grössere Verbreitung zu wünschen, als sie Dissertationen, zumal wenn sie dem Auslande entstammen, finden. Es ist wirklich ein gutes Buch. Die beigefügten 4 Tafeln mit Schriftfacsimile sind leidlich gut ausgeführt; sie würden bei stärkerem Papier mehr imponiren. Erlenmeyer.

---

223) **Küthe**: Agraphie im Vorläuferstadium des epileptischen Anfalles.
(Arch. f. Psych. X. Bd. 1. Heft.)

Ein Copist wird auf dem Bureau im Zustande der Bewusstlosigkeit über das Schreibpult hinübergebogen aufgefunden; heftiger epileptischer Anfall. Das was er unmittelbar vor dem Anfall geschrieben hatte, bietet nach Verf. die Zeichen der *Paragraphie* dar. „Einzelne Posten sind überschlagen, andere nicht in die gehörige Reihenfolge gestellt — einzelne Silben sind mehrfach hintereinander reproducirt“. Ausserdem finde ich in dem Beispiel unrichtige Anwendung von Buchstaben und Zahlen, Auslassung von Buchstaben. Das alles zusammen gibt das Bild jener Schrift, wie sie bei diffuser Erkrankung der Hirnrinde beobachtet wird; natürlich kommt hier nur der psychische Antheil in Betracht, da Verf. keine Facsimiles giebt, und auch selbst über die formalen Störungen nichts mittheilt.

Das angegebene Verhalten hat meiner Ansicht nach mit *Paragraphie* im Sinne Kussmaul's nichts gemein. Diese ist an den Ausfall eines ganz bestimmten Centrums und ganz bestimmter Bahnen gebunden mit dem Begriff des Zwangsartigen. Der Paragraphische macht immer genau *dieselbe* Verwechslung, nie eine andere. Bei der Schreibweise, welche Verf. angiebt handelt es sich aber um ganz verschiedenartige variable Verwechslungen und Irrthümer. Das kommt nur vor, wie ich früher gezeigt habe bei diffuser Erkrankung der Rinde. Ich habe dort (mein Buch über die Schrift pag. 53) auch ein Beispiel von der Schrift aus einem leichten epileptischen Anfall mitgetheilt, und in gleicher Weise erklärt. Die Hauptursache ist einfach der Ausfall des Bewusstseins, das an die ganze Rinde ge-

knüpft ist. Die Schrift, welche Verf. mittheilt, beweist aber auch einen Ausfall des Bewusstseins und damit, dass sie schon *innerhalb* des Anfalls, *nicht in seinem Verläuferstadium* geschrieben ist.

Erlenmeyer.

---

224) Prof. **A. Tamburini:** Ueber die Entstehung der Hallucinationen. (Riv. speriment. di fren. 1880. 1. 2.)

Nach einer historischen Uebersicht der verschiedenen Theorien, die über die Entstehungsweise der Hallucinationen aufgestellt wurden, wirft Verf, folgende 2 Fragen auf: Welches ist der anatomische Sitz der Hallucinationen? Welcher Art ist der Process., durch den die Hullucinationen erzeugt werden?

Diese Fragen beantwortet T. dahin, dass er sagt, die Hallucinationen entstehen nothwendigerweise in den sensorischen Rindencentren, an jenen Stellen der Hirnrinde, welche die Wahrnehmung der von den peripheren Sinnesorganen aufgenommenen Reize vermitteln, und an denen die betreffenden Erinnerungsbilder deponirt werden. Die Hallucinationen entstehen durch krankhafte Reizung dieser sensorischen Rindencentren in ähnlicher Weise, wie die corticale Epilepsie in Folge der Reizung motorischer Centren. — Diese krankhafte Erregung kann ihren Ausgangspunkt in den sensorischen Rindencentren selbst haben, sie kann diesen aber von irgend einer Stelle der ganzen sensoriellen Bahn (von der Peripherie bis zum Centrum) her übertragen werden; sie kann aber ursprünglich auch von gewissen rein psychischen Centren (Centri dell ideazione) ausgehen. Demgemäss kann man unterscheiden zwischen centralen, peripheren (mit Einschluss der ganzen Leitungsbahn) und intellectuellen Hallucinationen. Allen ist aber gemeinsam die Mitbetheiligung des sensorischen Rindencentrums.

Eine Illusion ist nichts anderes als eine Hallucination, bei welcher die krankhafte Erregung der Hirnrinde durch ein wirkliches äusseres Object veranlasst wird, wobei aber, dieser Reiz in Folge der abnormen Reizbarkeit des letztbetreffenden Rindencentrums in einer der Wirklichkeit nicht entsprechenden Weise umgebildet wird. —

Der Umstand, dass die eigentlichen sensorischen Rindencentren auch in Folge secundärer, nicht in ihnen selbst entstehender Reize, das Auftreten von Hallucinationen verursachen können, macht es erklärlich, dass die Sectionsergebnisse in der vorliegenden Frage so dürftig sind, und dass sich makroskopisch oder mikroskopisch in den betreffenden Rindencentren so selten pathologische Veränderungen nachweisen lassen. —

Hingegen können wir einen anderen Grund, welchen T. für die Armuth an Sectionsergebnissen, die seine gewiss sehr anerkennenswerthe Theorie stützen könnten, herbeizieht, nicht ohne weiteres acceptiren. — Er meint nämlich, dass die Hallucinationen in der Regel nur transitorische Symptome darstellen, die bloss während des ersten, des Reizstadiums der Psychose vorhanden seien. — In dieser Beziehung muss wohl auf jene so zahlreichen Fälle von hallucinatorischer Verrücktheit hingewiesen werden, welche nicht nur in

keiner Irrenanstalt fehlen, sondern bei Decennien dauerndem Bestehen von Hallucinationen sich gerade durch die Constanz und Unveränderlichkeit dieses Symptomes auszeichnen. —

Im Anhange an diesen Aufsatz macht T. darauf aufmerksam, dass Panizza bereits im Jahre 1855 die Beziehungen der Hinterlappen zum Gesichtssinn erkannt habe. P. zeigte, dass nach Entfernung einer kleinen Stelle des Occipitallappens beim Hunde Blindheit des anderen Auges eintritt, sowie dass sich bei einer Reihe verschiedener Thiere nach Enucleation der Bulbus Atrophie des hinteren Abschnittes der andern Hemisphäre einstellt. — Auch hierhergehörige pathologische Fälle vom Menschen führt er an.

Obersteiner (Wien).

---

225) **Richter** (Sonneburg): Ueber psychische Therapie motorischer Störungen der Hysterie.

(Sep.-Abdr. aus der Berl. klin. Wochenschrift. 1880. Nro. 23.)

Vermittelst theoretischen Räsonnements und mit casuistischen Belegen plädirt R. für die Möglichkeit, hysteriche Lähmungen und motorische Reizungserscheinungen der schwersten Art ausschliesslich durch methodische Uebung der Willenskraft schrittweise der Heilung zuzuführen. Wenn auch die Ursachen der genannten pathologischen Erscheinungen wahrscheinlich in materiellen Veränderungen, entweder angeborenen oder erworbenen Ernäherungsannomalieen des Centralnervensystems zu suchen sind, so ist doch eine günstige psychische Einwirkung möglich. Als Hauptbedingung für die rationelle Durchführung einer psychischen Erziehung der Hysterischen sieht Vf. die Translocation in geeignete Anstalten an. Hier kommen sowohl die Entfernung aus der gewohnten Umgebung, wie die Regelung der täglichen Verrichtungen und die Erweckung neuer Hoffnungen gleichmässig in Betracht. An einer Reihe von Beispielen demonstrirt Vf. die günstige Einwirkung psychischer Erziehung auf verschiedene psychische Abnormitäten, bei denen der *Willensimpuls* pathologisch beeinflusst war, und geht dann zu seinem eigentlichen Thema, „den mit abnormen Zuständen der Willenscentra zusammenhängenden functionellen Erkrankungen der *Leitungsbahnen* des Willens“ über. Die Erfolge durch die psychischen Einwirkungen sind theils momentane, theils werden sie durch fortgesetzte Uebung erreicht. Sie werden unterstützt durch Mittel, welche den Stoffwechsel und die Circulation anregen, nämlich durch localisirte Electrotherapie und durch hydrotherapeutische Proceduren. Was letztere betrifft, so kommen bei den betreffenden Krampfformen Einwicklungen und laue Vollbäder zur Anwendung, um dadurch eine Abstumpfung der sensibeln Endorgane der Haut, eine Hemmung der Reizaufnahme, zu bewirken. Bei den hysterischen Lähmungen dagegen werden mehr reizende Badeformen — Frottiren mit kühlem Wasser — erfordert. Die psychische Einwirkung dei Krämpfen besteht hauptsächlich in der Hervorrufung hemmender Einflüsse, bei Lähmungen in Anregung und Uebung der Willenskraft und somit der Bewegungen, methodischen Gehübungen. Verf. erläutert seine Methode und ihre Erfolge an zahlreichen Krankengeschichten. Dehn (Hamburg).

---

226) **J. Csokov:** Ueber die pathologisch-histologischen Veränderungen im Centralnervensystem wüthender Hunde.
(Anzeig. d. K. K. Ges. d. Aerzte in Wien. 1880. Nro. 29.)

227) **Lütkemüller:** Ueber die histologischen Veränderungen am Centralnervensystem bei Lyssa des Menschen.
(ibid. Nro. 31.)

Csokov erweist aus statistischen Angaben des K. Thierarzneiinstitutes den Nutzen des Maulkorbzwanges zur Verhinderung der Hundswuth.

In Bezug auf die pathologisch-histologischen Veränderungen im Centralnervensystem von Hunden, welche an Hundswuth gelitten haben, wird die von Weller angegebene allgemeine Hyperämie des Gehirnes und seiner Häute als constantes Characteristicum für Lyssa geläugnet; hingegen findet man in der Medulla obl., namentlich um den Vaguskern partielle Erweiterungen der Gefässe (Venen) neben ausgedehnten, ganz zusammengefallene. Eine Auswanderung lymphoider Elemente, eine beginnende Entzündung, ist in drei Formen bei Rabies canina im Centralnervensysteme vorzufinden, und zwar: als Infiltration der Gefässwand, als Infiltration der Gefässwand und ihrer Umgebung, und drittens als Anhäufung lymphoider Elemente, entfernt von der Gefässwand. Die erstgenannte Form findet sich bei Thieren mit rasender Wuth, die zwei letzteren bei Thieren mit stiller Wuth in der Medulla oblongata vor. Der Werth dieser Entzündungsherde darf aber nicht zu hoch angeschlagen werden sie sind als beginnende Entzündung aufzufassen, deren Bestehen kaum nach Tagen zu rechnen ist, und die wahrscheinlich bei allen Krankheiten mit Reizungen des Sensoriums (z. B. Typhus exanthematicus) vorkommen dürfte.

Die von Weller als pathognomisch für Lyssa angegebenen eigenthümlichen „Fettkörper“ um und an den Gefässen (von der Grösse eines rothen Blutkörperchens bis zu der einer Ganglienzelle finden sich bei allen älteren Hunden, und jungen gesunden, wie wuthkranken Thieren. (Ref. hat seinerzeit auch für den Menschen die Constanz des Vorkommens solches aus Fett hervorgegangenen Pigmentes nachgewiesen). — Auch Csokov sieht diese Fettkörper als Vorstufen einer Pigmentbildung an, doch will er sie aus den rothen Blutkörperchen ableiten. —

Lütkemüller untersuchte Hirn und Rückenmark in 3 Fällen von Lyssa humana und fand Hyperämie mit kleinen Hämorrhagien, sowie Anhäufung lymphoider Elemente in den perivasculären Räumen. Die Veränderungen an den Gefässwandungen erwiesen sich als ganz normale Vorkommnisse.

Bezüglich der Frage, ob die nachgewiesenen anatomischen Veränderungen Ursache oder Folge der charateristischen Erscheinungen der Lyssa seien, hebt L. hervor, dass der Beweis für erstere Ansicht nicht erbracht sei und hält letztere für wahrscheinlicher. — Uebrigens ist mit dem Nachweis von Entzündungserscheinungen die Frage nach dem Entzündungserreger noch nicht beantwortet. (Klebs nimmt eine mycotische Infection an.)

Die Untersuchung des Blutes in einem Falle ergab Vermehrung der weissen Blutkörperchen und grosse Mengen von farblosen oder leicht gelblich gefärbten runden Mikrocyten.

Aus dem Berichte Dr. Zillners über 6 Fälle von Lyssa humana, welche in den letzten Jahren zur sanitäts - polizeilichen Obduction gelangten, geht hervor, dass sich 2 mal capiliäre Blutungen im Gehirne fand; die Hirnhäute sind immer als hyperämisch und mässig oedematös angegeben, einmal fand sich leichte Pachymeningitis an der Basis. Das Gehirn erschien immer blutreich und serös durchfeuchtet, die Hyperaemie besonders in den Stammganglien, in Pons und Medulla oblongata ausgesprochen. In den tieferen Theilen des Rückenmarkes und dessen Umhüllungen konnte keine Hyperämie nachgewiesen werden. — Einmal ist der Halssympathicus als 0,5 Cent. dicker grauröthlicher Strang beschrieben.

Obersteiner (Wien).

---

228) **A. Ljublnsky**: Ueber den Einfluss der Jablotschkow'schen electrischen Lampe auf die Accomodation des Auges.

(Wratsch 1880 Nro. 26.)

Im Tanzsaal wie im Lesezimmer des Marineklubes in Kronstadt war die electrische Beleuchtung nach Jablotschkow's System eingeführt; doch klagten die Besucher des Lesezimmers stark über rasches Ermüden der Augen und das Directorium bat den Verfasser die Ursache zu untersuchen. Dass die übermässige Helligkeit der Beleuchtung nicht angeschuldigt werden kann, ist klar, denn einerseits erscheint eine Jablotschkow'sche Lampe bei heller, uns so angenehmer Tagesbeleuchtung nur als schwachbeleuchtete gelbliche Kugel, das Tageslicht ist also viel heller und andererseits klagten die Besucher des Tanzsaales, welcher verhältnissmässig noch heller beleuchtet war, keineswegs über irgend eine unangenehme Empfindung. Das führte den Verfasser auf die Vermuthung, dass hauptsächlich die Accomodation leide. Die Jablotschkow'sche Kerze flimmert stark, d. h. ihre Lichtstärke verändert sich häufig; Schwankungen der Lichtstärke bewirken aber bekanntlich reflectorische Schwankungen der Pupillenweite und Verfasser untersuchte nun, ob und wie weit die Stärke der Accomodationsspannung an diesen Schwankungen Theil nimmt. Er fand nun constant, dass der Nahepunct um 0,5—1,5 Ctm. näher rückt, wenn man die Beleuchtung plötzlich verdoppelt oder verdreifacht, doch geht derselbe, auch wenn die Beleuchtung dieselbe verstärkte bleibt, in 1—5 Secunden auf die frühere Entfernung zurück. Das umgekehrte Experiment hat Verf. nur 3 mal gemacht, doch fand er hier, wie erwartet, dass bei plötzlicher Herabsetzung der Beleuchtungsstärke der Nahepunct um 1 Ctm. weiter rückte und dann auf seine frühere Entfernung zurückkehrte, obgleich die Beleuchtung dieselbe schwache blieb. Ferner wurden folgende Versuche gemacht. Snellen Nro. 0,5 wurde 50 Ctm. vom Auge des Untersuchten aufgestellt und so schwach beleuchtet, als zum bequemen Lesen gerade nothwendig war. Wenn jetzt die Beleuchtung plötztlich vermehrt wurde, erschienen dem Lesenden

die Schriftzüge vollständig verwischt, und erst nach einer halben bis 5 Secunden konnte er wieder fixiren.

Durch plötzliches Wachsen der Beleuchtung wird also die Accomodationspannung auf kurze Zeit verstärkt, durch plötzliche Verminderung herabgesetzt, und zwar ist Verf. der Meinung, dass der Ciliarmuskel nicht direct reflectorich erregt wird, sondern in Connex steht mit der Irismusculatur, ähnlich wie die Accomodationsspannung von Sehaxenconvergenz abhängt.

Buch (Ishewks).

229) **Porporati**: Ueber Pseudo-athetosis.

(Archiveo ital. per le mal nerv. 1880. III.—IV.)

Unter obigem Namen beschreibt P. verschiedenartige, eigenthümliche Bewegungen, welche bei zahlreichen Formen von Geisteskrankheiten beobachtet werden können. Das Characteristische der Pseudoathetosis besteht darin, dass eine und dieselbe, mehr oder minder complicirte Bewegung in genau der gleichen Weise unzälige Male, regelmässig wiederholt wird, aber auch immer wieder aufhört, sobald der Kranke anderweitig beschäftigt ist, seine Aufmerksamkeit erregt wird, oder er schläft.

In vielen Fällen beschränken sich diese Bewegungen blos auf eine oder 2 Extremitäten (Nähbewegungen, Fingerbewegung des Clavierspielens u. s. w.) in anderen Fällen kann der Rumpf mit allen Extremitäten mehr oder weniger betheiligt sein (Gewichte aufheben. . .).

P. ist der Ansicht, dass diese rhythmischen Bewegungen anfänglich mit Absicht ausgeführt, dann aber automatisch weiter fortgesetzt werden. Häufig sind die Bewegungen solche, welche die Kranken von früher her zu machen gewohnt sind (z. B. Nähen) in anderen Fällen geben Hallucinationen, Wahnideen, also erst im Verlaufe der Psychose, den Impuls zur Ausführung (Abwehrbewegungen gegen vermeintliche schädliche Einflüsse u. dgl.).

Obersteiner (Wien).

230) **R. W. Amidon**: The effect of willed muscular movements on the temperature of the head: New study of cerebral cortical localization.

(Archives of medecine, New-York, April 1880.)

Verf. ging bei seinen Experimenten von folgenden Grundsätzen aus: Nach den Beobachtungen von Broca, Grey, Maragliano u. A. tritt während einer gesteigerten Hirnthätigkeit eine Erhöhung der Temperatur des Gehirns ein. Diese Temperatursteigerung lässt sich durch Flächenthermometer, welche aussen am Schädel angelegt werden nachweisen. Nach dem jetzigen Stande der Localisationstheorie kann man nun annehmen, dass willkürliche Muskelcontractionen eine erhöhte Thätigkeit der zugehörigen psychomotorischen Rindencentren der entgegengesetzten Hirnhälfte voraussetzen. Demgemäss musste also auch an den, diesen Centren entsprechenden circumscripten Schädelregionen bei Vornahme kräftiger Contractio-

nen gewisser Muskelgruppen eine Temperatursteigerung eintreten. — Nachdem Verf. ferner mit zu Grundelegung der Angaben von Turner, Féré und Broca am Lebenden diejenigen Stellen am Schädel bestimmt hatte, welche dem Ferrier'schen Schema der Rindencentren entsprechen, stellte er an einer Person in dem angedeuteten Sinne seine Versuche an. Die Methode der Temperaturmessung durch thermo-electrische Elemente hält A. für unzweckmässig, weil diese zu empfindlich seien und durch die geringsten Schwankungen der äussern Temperatur beeinflusst würden. Er benutzte daher Quecksilber-Flächenthermometer, die mittels einer geeigneten Vorrichtung an dem kurzgeschorenen Kopfe des Versuchsobjectes befestigt wurden. Die verschiedenen dabei zu beobachtenden Cautelen sind im Original nachzusehen.

Es fanden sich nun in der That an circumscripten Stellen Temperaturerhöhungen bis gegen 3⁰ Fahrenheit je nach den gewählten Muskelgruppen; bei Bewegung der Oberextremität im Ganzen wurde z. B. eine Stelle, die etwa in der Medianlinie 14 Ctm. nach rückwärts von der Nasenwurzel und lateralwärts 9 Ctm. von der Medianlinie entfernt war, bis 2,75⁰ F. wärmer; liess der Verf. nun blos Flexionen des Vorderarmes (M. biceps) machen so zeigte sich die stärkste Temperatursteigerung an einer kleinern, innerhalb des der gesammten Oberextremität entsprechenden Feldes gelegenen Stelle. Im Wesentlichen entsprechen die gefundenen „Temperaturfelder“ der Lage nach dem Ferrier'schen Schema der menschlichen motorischen Rindencentren. Nur fanden sich, abweichend an letzterem, auch einige solche Stellen im Frontallappen und zwar sind dies die „Centren“ für den M. trapezius, M. pectoralis major und einige tiefere Halsmuskeln. Verf. glaubt dieses widersprechende Ergebniss dadurch erklären zu können, dass er annimmt, diese Muskeln würden in entsprechenden klinischen Fällen nicht so genau untersucht, sondern man begnüge sich in der Regel mit Constatirung der gröberen Motilität der Extremitäten.

Eine Wiederholung der in Rede stehenden Experimente wäre jedenfalls erwünscht; der Verf. dürfte doch wohl mit der Aufstellung von besondern „Biceps-, Triceps-, Platysma- etc.- Centren“ etwas weit gegangen sein; namentlich scheint er nicht genügend berücksichtigt zu haben, dass auch zu der scheinbar einfachsten Bewegung stets eine grössere Reihe von Muskeln nothwendig ist, so z. B. bei Bicepsbewegungen die verschiedenen Muskeln, durch welche das Humerusgelenk den nöthigen Grad von Fixation gewinnt. Da mit Thierexperimenten in dieser Frage nicht viel zu machen ist, anderseits aber bei den Versuchen am Menschen die Bestätigung durch die Section fehlt, so dürfte bei der Beurtheilung solcher Beobachtungen eine gewisse Vorsicht sich sehr empfehlen.

Pierson (Dresden).

---

231) **Hardy**: Un cas d'hemorrhagie cérébrale limitée à la capsule externe.

(Gazette médicale de Paris 1880. VI. 19.)

Genannte Hirnläsion wurde im Leben dem Orte nach diagnosticirt und durch die Section nachgewiesen. Die bei dem 26 jähri-

gen Patienten beobachteten Erscheinungen waren folgende. Nach vorausgegangenem 10tägigen hauptsächlich rechtseitigem Kopfschmerz fühlte Patient plötzlich Schwäche und Betäubung, ohne Verlust des Bewusstseins und ward 3 Tage lang aphasisch. Während das Sprachvermögen zurückkehrte, blieb linkseitige Extremitätenlähmung bestehen bei völlig erhaltener Sensibilität; auch eine leichte Facialisparese war bemerkbar. Nach 5 Tagen stellte sich Erbrechen ein und allmählich ein halb-comatöser Zustand, in welchem der Tod erfolgte. Ausser der angegebenen Läsion in der rechten Hirnhemisphäre ergab die Section noch subpleurale Ecchymosen.

Karrer (Erlangen).

---

232) **Gurdon W. Russel**: What shall be done with the inebriate.
(The Alienist and Neurologist 1880. VII. pag. 285—314. Vortrag in der New.-England Psychological Society.

Vortr. geht davon aus, dass gegen die Trunksucht eingeschritten werden müsse, zeigt dann aber an der Hand von aus dem Leben entnommenen Schilderungen, dass man auch hier nicht nach der Schablone verfahren dürfe, dass es vielmehr auch hier gelte, den einzelnen Fall zu untersuchen und richtig zu beurtheilen. Ausserdem, dass Trunkenheit gesetzlich bestraft würde, müsste auch bessernd auf Trunksüchtige eingewirkt werden durch Unterbringung derselben in Arbeitshäusern oder Asylen für Trunksüchtige. In erstere sollten diejenigen kommen, welche von Gericht wegen eingebracht werden, in letztere solche, welche selbst oder für welche die Verwandten Besserung oder Heilung anstreben. Es sei aber dann nothwendig, dass sie auch in den letzteren sich der Hausordnung etc. fügen müssen, und möglichst lange in der Anstalt verweilen; ferner, dass Solche, welche probenweise entlassen sind, zwangsweise wieder eingebracht werden, sowie sie rückfällig werden.

Auch Entwichene müssten von Gesetzes wegen wieder eingeliefert werden können.

Karrer (Erlangen).

---

233) **Bassl**: Zur pathologischen Anatomie der Pellagra.
(Bullettine della scienze mediale. 1880. März, April.).

Einem ausführlichen Referate in der Riv. sperim. di freniatr. entnehmen wir folgende Angaben. Am häufigsten findet sich bei Pellagra Atrophie und Fettdegeneration des Herzens; ferner trifft man Lungenoedem, Pigmentdegeneration der Ganglienzellen in den sympathischen Cervicalganglien. — Fast immer wurde Atrophie der Occipitalwindungen (manchmal in hohem Grade) beobachtet. In einer nicht geringen Anzahl von Fällen fand B. entsprechend der ala cinerea am Boden des vierten Ventrikels Hyperplasie der Neuroglia, sowie Pigmentatrophie der Ganglienzellen des Vagus- und Hypoglossuskernes.

Auch Erweiterung der Hirnventrikel mit stark entwickelten Ependymgranulationen kam wiederholt zur Beobachtung. —

Obersteiner (Wien).

---

234) **Anglar:** Schwindsucht eine Nervenkrankheit?

(St. Louis Medical and Surgical-Journal. April 5., 1880.)

A. folgert die nervöse Grundlage der Phthise 1. aus der Eigenthümlichkeit des Schwitzens an Kopf, Hals und Nacken. (Bernard's Experiment von Durchschneidung des Halssympathicus), 2. aus der in 2 Fällen beobachteten Aetiologie, einmal Quetschung eider grossen Zehe, einmal Sonnenstich. Er führt die Phthise, an der nie Personen starben, auf primäre Störung trophischer Centren zurück, welche statt der in Aussicht genommenen Motilitätsstörung (Tetanus, Paralyse) auftrat. Schliesslich werden Fälle von Senator citirt, die den Zusammenhang zwischen Phthise und Hirnleiden zeigen.

Landsberg (Ostrowo).

---

235) **Molhall:** Hysterischer Husten.

(St. Louis Medical and Surgical Journal.)

M. erzählt die Krankengeschichte eines 14 jährigen Mädchens aus gesunder Familie, das in früher Kindheit an Krämpfen, später an einer Hautkrankheit litt. Zu 14 J. menstruirt, hat sie zuletzt viel an Kopfschmerzen, Hautsensationen, Aufsteigen im Halse gelitten. Der Husten sistirt nur im Schlaf und beim Hinlegen nach starker Ermüdung. Er ist von mittlerer Stärke, trocken. T. 20, P. 76. Bei jeder 4. Insp. erfolgen 3 Hustenstösse. Der Husten hatte durchschnittlich 12 Sekunden Intervall. Patientin ist gut genährt und frei von Organleiden. Die zunäscht instituirte Eisbehandlung blieb erfolglos, ebenso Tonicakur und konstanter Strom. Starke Ermüdung durch Gehen brachte Ruhepausen. Eine Luftveränderung völlige, sofortige Genesung. M. hat nur von Casegue in den archives générales de médicin, 1854, eine erschöpfende Schilderung des Leidens gefunden. M. acceptirt mit Jolly eine krankhafte Reflexaction, deren Sitz das Hirn ist, welches eine erhöhte Reizbarkeit seiner sensibeln Sphäre besitzt.

Landsberg (Ostrowo).

---

236) **Lossen & Fürstner:** Eine Péan'sche Hysterotomie mit nachfolgender Manie. Heilung.

(Berlin Klin. W. 1880. 34.)

Bei einer 47 jährigen Multipara wird ein Ovarialtumor diagnosticirt. Bei der Operation stellte sich heraus, dass es kein vom Ovarium ausgehender, sondern mit dem Uterus zusammenhängender und von ihm ausgehender Tumor ist, der im linken Lig. latum eingebettet lag. Er hing, was nach seiner Entwickelung durch die Bauchwände deutlich zu constatiren war, mit einem circa 5 Ctm. dicken, fleischigen Stiele an dem linken Horn des Uterus. Es wurde eine grosse Spencer-Wells'sche Klammer angelegt und der Tumor (ein fluctuirendes Fibromyom, gehärtet 30 Ctm. lang, 27 Ctm. breit, 15 Ctm. dick, $2^1/_2$ Kilo schwer) abgetragen; das rechte Ovarium blieb mit dem Rest des Uterus in der Bauchhöhle. Stren-

ger Listerverband. Temperatur unmittelbar nach der $1^1/_2$ Stunden langen Operation 36,1; Abends 37,1 Puls 84. Am folgenden Tage Blutung aus einer Stielvene. Verbandwechsel. Am 5. Tage Morgens 38,4, am Stumpfe übelriechendes Secret. Vom 7. Tage ab (T. 38,5. P. 122) entwickelte sich eine Manie. Pat. war ausserordentlich aufgeregt, schwatzte u. schimpfte viel, agitirte lebhaft. Ermahnungen still zu liegen, der Hinweis auf Lebensgefahr wurde lachend beantwortet. Am 4. Dezember (8 Tage nach der Operation) förmliche Tobsucht; Pat. musste von 2 Wärterinnen beständig gehalten werden. T. 38,3 P. 120. Zunge trocken, aber rein. Keine Sepsis, keine Uraemie, kein Delir. tremens. In den folgenden Tagen Gehörs- und Gesichtshallucinationen, die Kranke führte Dialoge, reimte, witzelte, in obscoener Weise, erkannte ihre Umgebung, verweigerte die Nahrung, war unreinlich, musste beständig von 2 Personen im Bette gehalten werden. Die ruhigen Intervalle wurden seltener, und waren nur noch durch Chloralhydrat zu erreichen. Bei alledem ging die Heilung der Bauchwunde ungestört von Statten; in ruhigen Momenten Verbandwechsel. Die Temperatur schwankte zwischen 37,5 und 38,9; der Puls zwischen 95 und 110. Am 15. December (18 p. op.) Uebersiedelung in die Irrenklinik. Nahrungsverweigerung, starke Chloralintoxication. Vier Wochen lang Sondenfütterung. „Die psychische Störung wich in keiner Weise von dem gewöhnlichen Bilde einer hochgradigen, acuten Manie ab.“ Intercurrente fieberhafte Lungenaffection mit foetidem eitrigem Sputum, welcher Alveolarepithel und elastische Fasern enthielt. Mit geringen Remissionen war die maniakalische Erregung bis zum 13. Januar eine gleich heftige. An diesem Tage Morgens war das psychische Verhalten gänzlich verändert; Pat. war klarer, suchte sich zu orientiren, nahm Nahrung zu sich, blieb ruhig zu Bett. Am 14. waren alle Symptome der Psychose gänzlich verschwunden. Am 11. Februar geheilt entlassen.

Anamnestisch wird Chorea erwähnt, welche Pat. im 14. Lebensjahr hatte; hereditäre Belastung ist nicht vorhanden. Abus. spirituosorum ist mit Sicherheit auszuschliessen. „Man wird desshalb wohl berechtigt sein, die Operation als einzig wirksames causales Moment für die Psychose aufzufassen. Letztere selbst verlief unter dem typischen Bilde einer acuten Manie; bemerkenswerth war nur der kurze Verlauf (6 Wochen) und die schnelle fast in einem Tage sich vollziehende Rückkehr zur Norm, ein Verhalten, das ja den periodischen und den Manien der circulären Geistesstörung mit Vorliebe eigen zu sein pflegt. Von einer Auffassung der psychischen Störung als Inanitions- oder Fieberdelirium konnte keine Rede sein.“ (Ref. würde den Fall, den sich die Herren vom absoluten Non. Restraint jedenfalls noch zu Eigen machen werden, nach Analogie der *Puerperal-Manie* erklären; das Tertium comparationis bildet die heftige, mit Blutverlust verbundene Erschütterung und Reizung des Sexualapparates, dort durch die Geburt, hier durch die Operation.) Die Bemerkung Fürstners, dass wir auf Grund neuerer Erfahrungen in vereinzelten Fällen durch operative Ausschaltung weiblicher Sexualorgane eine günstige Beeinflussung bestehender Psychosen u.

Neurosen anzunehmen geneigt seien, und dass hier das Gegentheil vorliege, kann Ref. als zutreffend nicht anerkennen. Es handelt sich weder um eine bestehende Psychose, noch um eine Ausschaltung des sexualen Apparates, da das rechte Ovarium mit dem Rest des Uterus zurück blieb. Wäre wirklich alles ausgeschaltet worden, so wäre die Psychose vielleicht nicht entstanden. Fürstner macht schliesslich noch auf den Umstand aufmerksam, dass die ersten psych. Symptome bei der Patientin grade zu der Zeit eintraten, zu welcher die Menstruation, die bisher immer regelmässig gewesen war, hätte eintreten müssen; er supponirt cerebrale Circulationsstörungen, hervorgerufen durch die physiologisch gesteigerte Blutzufuhr nach dem Unterleib, aus dem aber zwei grosse für die Menstruation wichtige Organe entfernt waren. Von einem Recidiv der Psychose zur Zeit der nächsten Menses wird nichts mitgetheilt, wird auch wohl nicht vorgekommen sein. Erlenmeyer.

---

237) **B. Salemi-Pace:** Die Irrenanstalt zu Palermo während der letzten zwei Jahre.

(Il Pisani gazz. sicula di sc. med. e pricol. 1880. p. 2.)

Die Irrenanstalt zu Palermo, wohl eine der südlichst gelegenen Anstalten Europa's, steht unter der Leitung des Directors La Loggia, dem noch 6 Aerzte beigegeben sind; ausserdem besteht die Verfügung, dass 4 andere wechselnde Aerzte behufs psychiatrischer Ausbildung daselbst beschäftigt werden. — § 65 der Statuten bestimmt, dass von den Anstaltsärzten ein eigenes psychiatrisches Journal herausgegeben werde, welches nun nach $1^1/_2$ jähriger Unterbrechung wieder zu erscheinen beginnt (il Pisani). Die Anzahl der Kranken, welche am 31. Dezember 1877 sich auf 675 (396 Männer und 279 Frauen) belief, war am 31. Dezember 1879 bereits auf 824 (490 Männer und 334 Frauen) gestiegen. — Wenn es auch schwer fallen mag, die in den Tabellen angeführten Formen des Irrsinns immer auf die gebräuchlicheren Eintheilungen zurückzuführen, so muss doch immerhin das immense Ueberwiegen der maniakalischen Zustände auffallen. So kamen beispielsweise im Jahre 1879 unter 1034 behandelten Kranken 430 Fälle von Manie gegen nur 104 von Melancholie zur Beobachtung, ein Verhältniss wie es sich in unseren Gegenden nicht leicht wiederfinden dürfte.

Die Anzahl der Todesfälle beträgt 5,31% resp. 6,96% aller behandelten Kranken in beiden Jahren. Auffallend ist es dass 70 und 75 Kranke geheilt, 36 und 54 gebessert entlassen wurden, während Entlassungen ungebesserter Kranken gar nicht vorzukommen scheinen. Hingegen wurden in den beiden Jahren 19(!) aufgenommene Personen als nicht geisteskrank wieder entlassen. Die Anstalt zu Palermo, die einzige auf Sicilien, kann natürlich in vielen Beziehungen nicht entsprechen. Während im übrigen Italien auf circa 650,000 Einwohner eine Irrenanstalt kommt, hat ganz Sicilien mit der beiläufig vierfachen Bewohneranzahl, und den schlechtmöglichsten Communicationen nur diese eine, deren Einrichtung nach

des Autors offenem Geständnisse Alles zu wünschen lässt, bei welcher nicht einmal die Trennung der lärmenden Kranken von den ruhigen möglich ist, eine Anstalt auf welche die Worte Dante's Anwendung finden:

Voci alte e fioche, e suon di man con elle.

Obersteiner (Wien).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 M. fr. Stat. 3) Halle a. Saale, Volontärarzt, 1200 M. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 1. October 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. (Vergl. *Verschied. Mittheil.* oben.) 5) Hildburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei fr. Station. 5) Provinc.-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., fr Station. 6) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 7) Marsberg, Volontairarzt, katholischer Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 8) Ückermünde in Pommern, Assistenzarzt, 1000 Mark und freie Station. 9) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 Mark, freie Station. 10) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, sofort, 900 M., freie Station. 11) Wehnen (Oldenburg) Assistenzarzt, 1. August 12) Klingenmünster (bayr. Pfalz), Hülfsarzt, 1. October, 1000 Mark, freie Station I. Classe. 13) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 M. freie Sation. 14) Göppingen (Dr. Landerer), Assistenzarzt, 1500 Mark freie Station. — 15) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Erkelens (Aachen), Eschwege (Cassel), Galdop (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Königsberger Kreis (Frankfurt a. Oder), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Mogilno (Bromberg), Osterode (Königsberg), Sensburg (Gumbinnen), Schönau (Liegnitz), Schroda (Posen), Stuhm (Marienwerder), Wehlau (Königsberg), Wollstein (Breslau), Zeitz (Merseburg).

Besetzte Stellen. Dr. Georg Frank, seit dem 1. September 2. Assistenzarzt in Grafenberg.

Ehrenbezeugungen. Kr.-Phys. Dr. Deutschheim zu Herzberg zum Sanitätsrath ernannt.

Todesfälle. Kr.-Phys. Dr. Müller in Zeitz.

IV. Anzeigen.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt von

Dr. med. A. ERLENMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. | 1. October 1880. | Nro. 19.

INHALT.

I. Originalien.

I.

Die Lage des Sehcentrums.

Nach den neuesten Experimenten von Ferrier.

Mitgetheilt von R. H. PIERSON.

Wie ich in meiner Uebersetzung des Ferrier'schen Werkes über „die Localisation der Hirnerkrankungen" (p. 170) mitgetheilt habe, hat dieser Forscher in Folge der Munk'schen Untersuchungen sich veranlasst gesehen, weitere Experimente über die Lage des Sehcentrums beim Affen anzustellen. Ich hatte Gelegenheit bei einem Besuche in London (Juli d. J.) einen Theil dieser Versuche

selbst zu sehen und habe mich von der Richtigkeit der nachfolgenden Ferrier'schen Angaben durchaus überzeugt. Inzwischen hat F. am 12. August d. J. auf der Versammlung der British Medical Association in Cambridge einen Vortrag über diesen Gegenstand gehalten; der offizielle Bericht ist noch nicht erschienen, indessen bin ich, einem Wunsche der Redaction dieses Blattes entsprechend, durch einige mir von F. zugestellte Notizen in die Lage versetzt, die Hauptergebnisse seiner, in Gemeinschaft mit Dr. Yeo angestellten Experimenten schon jetzt bekannt zu geben. Mit Hülfe der antiseptischen Methode waren die genannten Autoren im Stande, jedwede entzündliche Reaction oder Störungen des Allgemeinbefindens bei ihren Operationen an Schädel und Hirn absolut auszuschliessen. Die betreffenden Läsionen sind ausserdem, wie ich an einigen Gehirnen getödteter Thiere gesehen habe, so scharf begrenzt, dass auch nach dieser Seite hin nichts zu wünschen übrig bleibt. Die operirten Thiere boten, abgesehen von den durch die jeweilige Läsion hervorgerufenen Erscheinungen keinerlei Abweichungen an der Gesundheit dar; sie wurden grossentheils Monate hindurch beobachtet und die betreffenden Alterationen zahlreichen Schülern und Freunden Ferrier's demonstrirt. Es ergaben sich nun folgende Thatsachen:

1) Die Hinterhauptslappen, welche nach Munk den ausschliesslichen Sitz der Sehcentren darstellen, können sowohl ein-, als doppeltseitig, ohne irgendwelche Sehstörung zu veranlassen, entfernt werden, vorausgesetzt dass dabei die Schnittlinie nach rückwärts von der Parieto-Occipitalfurche fällt und somit die Gyri angulares unversehrt bleiben. Es ist dies eine Bestätigung der schon früher von Ferrier ausgesprochenen Ansicht, jedoch hat er dieselbe etwas zu Gunsten der Occipitallappen modificirt, wie wir noch sehen werden.

2) Nach vollständiger Zerstörung des Gyrus angularis auf *einer* Seite tritt totale Erblindung des anderseitigen Auges ein, jedoch ist diese Blindheit vorübergehend und dauert nur einige Stunden an; ob aber später eine *vollkommene* Herstellung des Sehvermögens erfolgt, liess sich nicht mit Bestimmtheit ermitteln. Die Behauptung Munk's, dass der Gyrus angularis das Centrum der Sensibilität des Auges darstelle, konnte F. und Y. nicht bestätigen. — Weiterhin fand sich nun aber, dass die Herstellung des Sehvermögens nach einseitiger Zerstörung des Gyr. ang. nicht ausschliesslich von der Integrität des Gyr. ang. der andern Seite abhängt (wie Ferrier früher geglaubt hatte); es scheinen vielmehr weit complicirtere Verhältnisse obzuwalten. Zerstört man nämlich den Gyr. ang. in einer Hemisphäre, und einige Wochen darauf den der andern Seite, so tritt entweder gar keine, oder nur eine ganz vorübergehende Sehstörung ein. Nur bei einem einzigen Thiere wurde nach dieser doppelten Operation Blindheit von etwa zweistündiger Dauer beobachtet. Wurden dann ausser dieser doppeltseitigen Abtragung der Gyr. ang. auch noch die der Parieto-Occipitalfurche zunächstliegenden Theile der Hinterlappen zerstört, so zeigte sich keinerlei Alteration des Sehvermögens.

Hingegen trat totale Erblindung von dreitägiger Dauer ein, wenn *beide* Gyri ang. *gleichzeitig* zerstört wurden. Nach dem dritten Tage stellte sich das Sehvermögen allmählig wieder her, jedoch konnte nach einem Monat nach der Operation deutliche Sehschwäche nachgewiesen werden.

Es ergiebt sich hieraus, dass ein Thier sehen kann, wenn nur die Gyri ang. erhalten sind, und dass es nach Zerstörung der letzteren seine Sehkraft wieder erlangen kann, wenn nur die Occipitallappen intact bleiben.

3) Weiter fand sich, dass Abtragung des Gyr. ang. und des Hinterlappens *einer* Hemisphäre eine Sehstörung auf *beiden* Augen zur Folge hatte, und zwar war die Hemiopie nach der der Läsion gegenüberliegenden Seite hin. Ob diese Hemiopie symmetrisch ist, konnte noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden, jedenfalls ist sie aber doppeltseitig. Diese Störung ist jedoch nur temporär; schon nach einer Woche wurde Besserung des Sehens auf beiden Augen constatirt und es tritt nach und nach vollständige Heilung ein.

Eine noch auffälligere Beobachtung war, dass ein Thier, welchem zuerst der linke, und nach längerer Zeit der rechte Gyrus ang. nebst dem rechten Hinterhauptslappen exstirpirt wurde, seine vollständige Sehkraft auf beiden Augen wiedererlangte, nachdem es etwa 14 Tage lang eine linksseitige Hemiopie dargeboten hatte. Einem anderen Thiere wurden beide Occipitallappen zerstört, und als hierauf gar keine Sehstörung erfolgte, auch der linke Gyrus ang. abgetragen. Nunmehr trat temporäre Erblindung des rechten Auges ein, indessen gewann das Thier sehr bald die volle Sehkraft auf beiden Augen wieder. Während also das erste Thier nur noch den linken Hinterlappen behalten hatte, besass das zweite nur noch einen einzigen Gyrus angul.; dessen ungeachtet verhielten sich die beiden Thiere bezüglieh ihres Sehvermögens ganz ebenso wie ein normaler Affe.

4) Die einzige Läsion, welche vollständige und bleibende Erblindung zur Folge hatte, war Zerstörung der Gyri angulares und der Hinterhauptslappen *beider* Hemisphären. Ein derartig operirter Affe war durch Monate beobachtet worden, ohne dass ein unzweifelhaftes Zeichen der wiedergekehrten Sehkraft vorgekommen war, was übrigens bei der ausserordentlichen Schärfe aller übrigen Sinne bei diesem Thiere sich keineswegs leicht constatiren liess. Dieser Affe bot ausser der Sehstörung nicht die geringste Anomalie betreffs der Motilität und Sensibilität, und er konnte daher als ein ganz besonderes überzeugendes Beispiel von cerebraler Localisation demonstrirt werden, insofern als es an diesem Affen gelungen war, eine einzige Function — die Sehkraft — zu zerstören, während Geruch, Geschmack, Gefühl und Gehör, sowie die sämmtlichen motorischen Functionen vollständig intact geblieben waren. —

II.

„Nervös."

Eine Entgegnung.

Von Dr. FREUDENBERG,
zweitem Arzte der Rheinischen Provincial - Hebammenanstalt in Cöln.

Es ist natürlich, dass bei einer relatif so jungen Wissenschaft, wie es die Gynäcologie ist, auf die lange Zeit der Inactivität die einer erhöhten Activität folgte. Seit die Gynäcologen aufgehört haben, in der Diagnose und Reposition einer Retroflexio die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit zu sehen, hat dieselbe und zwar besonders in chirurgischer Beziehung grosse Fortschritte gemacht und hohe Triumphe gefeiert. Aber mit diesem schnellen und grossartigen Aufschwung, den die Gynäcologie in der letzten Zeit genommen hat, war zugleich die Gefahr gegeben, dass der allzu active Gynäcologe die goldne Regel des „Ne quid nimis" vergessen würde; und in der That, wir haben bedenkliche Erscheinungen der Art gesehen, und mit Recht werden gerade im Augenblick Stimmen gegen die übertriebene Ausführung von Amput. colli. etc. laut. Es liegt mir indessen ferne, an diesem Ort über den Werth oder Unwerth einzelner gynäcologischer Operationen zu sprechen, für solche Erörterungen ist anderweit Gelegenheit geboten; mir kommt es für heute nicht auf das Einzelne an, sondern nur auf die principielle Warnung, in der Gynäcologie nicht *zu viel zu thun*. Anlass zu diesem Schritte gibt mir ein von Herrn Dr. Franck aus *Jena* in dieser Zeitschrift 1880. Nro. 16. unter der Ueberschrift „*Nervös*" veröffentlichter Artikel, der in so grasser Weise das Princip einer möglichst grossen Activität in der Behandlung der sog. Frauenkrankheiten vertritt, dass es mir wirklich dringend geboten scheint, solchen Maximen, die uns leider als wirklich geübte Behandlungsmethoden angeführt werden, mit Protest entgegen zu treten.

Ich erlaube mir desshalb etwas näher auf den besagten Aufsatz einzugehen. Im Eingang desselben setzt uns Herr Franck auf Grund „seiner practischen Erfahrung" auseinander, dass die sog. Nervosität oder „lateinisch" Hysterie nichts Anderes sei als „ein genitales Leiden beim weiblichen Geschlecht," und er setzt hinzu, dass ein solches Leiden, auch wenn es ein Fachgynäcologe nicht erkenne, in derartigen Fällen doch stets vorhanden sei. Diesen Standpunct, der jede andere Krankheitsursache ausschliesst, halte ich für irrig. Gar zu oft haben wir Alle Fälle gesehen, wo trotz ausgesprochener hystersicher Symptome kein Genitalleiden nachweisslich war. Mit Recht bezeichnet daher beispielsweise Niemeyer*) *neben* bestimmten Sexualerkrankungen „Organkrankheiten aller Art, langwierige Magen- und Darmleiden, Vollblütigkeit, vor Allem aber Erschöpfungszustände: Bleichsucht, Anämie durch starke Blutverluste, durch Nahrungsmangel, durch vorausgegangene acute oder chronische Krankheiten" als Causalmomente der Hysterie. Und warum wir nun, wenn von uns als „einem wirklich Fachgynäcologen" ein genitales Leiden ausgeschlossen worden ist, mit Franck

*) Lehrbuch 1877. Bd. II. pag. 436.

dennoch das Vorhandensein eines solchen annehmen sollen, verstehe ich nicht, und ich muss allerdings gleich ihm bekennen, dass sich dies „sehr paradox“ anhört.

Franck bezieht sich zur Stützung seiner Ansicht auf Beobachtungen, die man in den Irrenhäusern gemacht hat, dass nämlich gar nicht oder nicht rechtzeitig geheilte Sexualleiden zu Psychosen geführt haben. Dies wird Jeder von uns gerne zugeben, aber damit ist Franck's Behauptung, dass sich unter „Nervös“ und Hysterie stets eine Genitalkrankheit verstecke, doch auch nicht im Mindesten bewiesen! Gerade die Neuropathologen und Psychiater, die Hauptleser dieses Blattes, werden mit der Franck'schen Ansicht am Allerwenigsten einverstanden sein, da ihnen tägliche Beobachtung häufig eine ganz andere Basis für die Entwicklung der Nervosität zeigt als die angegebene, sei sie nun rein central oder als ein Reflex von einem andern Organ her als dem Sexualapparat aufzufassen; und sie werden gewiss nicht mit Frank finden, „dass es wirklich an der Zeit ist, beim weiblichen Geschlecht auf seinen Sexualapparat zu vigiliren,“ wenigstens sicherlich nicht mehr, als wie es auch vor Franck's Rath von jedem einsichtsvollen Arzte geübt worden ist.

Wer sich nicht in seiner eignen Praxis ein allzurücksichtsloses Vergehen vorzuwerfen hat, dem sind sicherlich Fälle vorgekommen, in denen von Collegen beim Auftreten gewisser nervöser Erscheinungen bei jungen Mädchen nicht nur sofort zu Digitalexplorationen sondern auch zu entschiedenen Localbehandlungen eines supponirten Uterinkatarrhs übergegangen worden war und wo, selbst wenn sich die localen Erscheinungen gebessert hatten, doch in Folge der dadurch herbeigeführten Reizungen sich der nervöse Zustand nicht nur nicht verloren, sondern zu einer bedenklichen Höhe gesteigert hatte. Eine Besserung aber ist in solchen Fällen nur zu erzielen und tritt dann in der Regel auch ein, wenn man vollständig von jeder örtlichen Behandlung Abstand nimmt und die Aufmerksamkeit der Patientinnen möglichst weit von dem Verhalten ihrer Genitalien abzulenken sucht. Ich glaube in der That, dass bei beginnender Nervosität durch eine Digitaluntersuchung sowie durch „Dilatation mit gründlicher Ausspülung“ häufig weit mehr geschadet wird als durch die Unterlassung solcher Exploration und Therapie. Dass diese Nachtheile natürlich unverhältnissmässig mehr bei Unverheiratheten als wie bei Verheiratheten sich zeigen, liegt auf der flachen Hand, aber der Franck'sche Aufsatz postulirt ja auch für Mädchen bei Beginn der besagten Affection ausdrücklich die methodische Uterinbehandlung.

So verwerfen wir also eine sexuale Localtherapie zum Zwecke der Heilung der Hysterie bei nicht constatirtem Genitaleiden, als einen ins Blinde hinein ausgeführten, rohen Versuch vollständig und lassen im Gegentheil, selbst bei festgestellter Sexualerkrankung, noch immer eine gewisse Vorsicht walten. Auch wenn die Diagnose eines Uterinkatarrhs bei gleichzeitigen hysterischen Erscheinungen gesichert ist, bedarf es immer noch der Unterscheidung, was Ursache und was Wirkung ist; denn die Möglichkeit, dass in gewissen Fällen

eine erhöhte Irritabilität des Uterus und Congestionszustände desselben als Reflex eines von ganz anderer Stelle ausgehenden gleichzeitig zu allgemeiner Nervosität führenden Uebels oder gar als centralen Ursprungs anzusehen sind, dürfte wol nicht von der Hand zu weisen sein. Und dass bei dieser Sachlage eine örtliche Behandlung nur schaden und nichts nützen würde, ist einleuchtend. Es gibt sogar Fälle, in denen die Franck'sche These geradezu umgekehrt werden muss, wo eben die allgemeine Nervosität eine Contraindication gegen eine eingehendere Localtherapie abgibt. Solche Fälle sind nicht einmal so gar selten; manchmal müssen wir erst durch eine Behandlung der allgemeinen Nervosität die Patientinnen für energische örtliche Heilungsversuche zugänglich machen.

Wenn uns also nach dem Gesagten die Erspriesslichkeit der *methodischen Anwendung* der Uterinbehandlung bei Hysterie nicht einleuchten will, wenn wir umgekehrt sehr häufig sogar das gerade Gegentheil von Erfolg dabei glauben constatiren zu müssen, bleibt uns auch noch eine andere Seite zu berühren übrig, wir meinen die ethische. Wiederum tritt hier die Frau gegen die Jungfrau selbstverständlich weit in den Hintergrund, wiewol auch sie durch die angegebene Behandlung in ihren Gefühlen leicht verletzt ist. Ehe man aber bei einer Jungfrau, die bis jetzt in frommer Scham vielleicht noch vermieden hat, selbst nur ihre eigne Aufmerksamkeit auf das Verhalten ihrer Genitalien zu richten, eine manuelle Untersuchung vornimmt, sollte man sich billig bedenken. Eine Verletzung der mädchenhaften Scham ist damit verbunden, die Aufmerksamkeit des Mädchens wird unvermeidlich von Stunde an auf ihre Sexualorgane gelenkt, zu den unheilvollsten Folgen ist unter Umständen geradezu der Anstoss gegeben, Uebelstände, die von der Heilkunst wichtigerer Interessen wegen bisweilen nicht dürfen geachtet werden, Uebelstände aber, die leichtsinnig und zwecklos nicht dürfen heraufbeschworen werden!

Aber die Forderungen des besagten Aufzatzes gehen noch weiter. Nicht nur jedes erkannte, nicht nur jedes supponirte Leiden soll sofort eine locale Behandlung finden, nein, eine solche soll auch bei *nicht vorhandenem* Leiden statthaben, weil sie von „wesentlichem Einfluss“ auf das „Allgemeinbefinden“ ist, und zudem eine genitale Behandlung auch eines *nicht vorhandenen* Uterinleidens (sic!) entschieden günstig in psychischer Hinsicht wirkt,“ da sich die Frau „behandelt fühlt.“ Wie verträgt sich das mit der in demselben Artikel ausgesprochenen Ansicht über den Frauenarzt, dass sich dazu eine „scrupulöse wissenschaftliche Basis“ gehöre, und dass nur eine „accurate Wissenschaft“ die dem Gynäcologen! anvertrauten Aufgaben lösen könne? Die Forderung einer uterinen Behandlung bei nicht vorhandenem Uterinleiden ist nicht nur wie es in dem Aufsatz selber heisst „etwas paradox und trivial“, sie ist cynisch. Gegen solches Denken und solches Handeln richtet sich der heutige Protest und Angriff und nicht gegen eine einzelne Person, die etwa zu verletzen mir fern liegt. Zu schweigen in dieser Sache verbot ihre eigne principielle Wichtigkeit.

II. Referate.

238) **L. Landouzy**: Des paralysies dans les maladies aigües. (Paris Baillière et fils. 1880.)

Seit der bekannten Arbeit Gublers (Des paralysies dans leur rapports avec les maladies aigües et spécialement des paralysies asthéniques, diffuses, des convalescents Arch. génér. 1860/61) sind zahlreiche Specialarbeiten über einzelne Formen der an acute Erkrankungen sich anschliessenden Lähmungen, ist aber keine zusammenfassende und ausführliche Darstellung des genannten Gegenstandes erschienen. Die Studie L's ist daher ein sehr zeitgemässes und dankenswerthes Unternehmen, die vielfachen Aufklärungen, welche die klinische Beobachtung und anatomische Untersuchung in den letzten zwei Jahrzehnten gebracht, zu sammeln, und den Fortschritt unserer Auffassung in vielen Punkten zu markiren. Vom klinischen Standpunkt ausgehend verfährt L. zunächst *analytisch* in der Weise, dass er die manigfaltigen Formen von Paralysen, die im Verlaufe oder in der Reconvaleszenz von acuten Krankheiten (es sind wesentlich die *cyklisch* verlaufenden resp. *Infectionskrankheiten*) unter den Rubriken der einzelnen Erkrankungen aufzählt, ihre characteristischen Züge hervorhebt und durch zahlreiche ausführliche Beobachtungen illustrit. Vorausgeschickt ist ein kurzer historischer Rückblick auf die den Gegenstand berührende ältere Literatur.

Es eröffnen den Reigen bei der speciellen Besprechung die Lähmungen in und nach der *Diphtherie*, der häufigsten und am besten bekannten. Wir beschränken uns darauf, einzelne weniger geläufige, Momente hervorzuheben. Bezüglich der *Häufigkeit* der Diphtheritischen Lähmungen kommt Verf. zu keinem definitiven Resultat, da die verschiedenen Autoren die verschiedensten Procentverhältnisse aufführen. Was Form und Localisation der zur Lähmung führenden diphtheritischen Erkrankung anlangt, so wird constatirt, dass jene sowohl an die cutane als an die gewöhnliche Form im Rachen sich anschliesst. Die *Eintrittszeit* der Diphtheritischen Lähmung ist am häufigsten 8—14 Tage nach der Heilung, hie und da früher, während der Entwicklung der Krankheit, hie und da später, bis zu 30 Tagen nach der Heilung (Sanné). Bei späterem Eintritt ergreift die Lähmung die motorischen Organe gewöhnlich zu gleicher Zeit, bei frühem Eintritt successive. Die diphtheritischen Lähmungen scheinen *verhältnissmässig* bei Erwachsenen häufiger zu sein, als bei Kindern. Die Schwere der ursprünglichen Affection hat gar keinen Einfluss auf die Eventualität einer folgenden Lähmung. Eine ausführliche Besprechung der Modalitäten und der Verbreitung der diphtheritischen Lähmungen wird durch 18 Beobachtuugen erläutert. Zu erwähnen ist neben den gewöhnlichen und allbekannten Lähmungsformen die seltener auftretende Paralyse des Diaphragma, der Exspiratoren (darunter auch die Bronchialmuskeln) und die Innervationsstörungen des Herzens mit den Erscheinungen einer Angina pectoris.

Variabler noch in ihrer Erscheinungsweise sind die im oder

nach dem *Abdominaltyphus* auftretenden Lähmungen. Lässt sich bie den diphtheritischen Paralysen meist noch ein gewisses typisches Auftreten, eine bestimmte Reihenfolge nachweisen, so finden sich bei den Typhuslähmungen alle möglichen Combinationen und Modalitäten. Lähmungserscheinungen motorischer und sensibler Natur im Gebiet eines Nerven, Paraplegien, multiple atrophische Lähmungen, verbreitete Anästhesieen, Lähmungen der Augenmuskeln, des Gaumens, einzelner Kehlkopfmuskeln sind ebenso gut im Gefolge typhoider Erkrankungen beobachtet, als Hemiplegieen mit oder ohne Aphasie oder Anarthrie. Manche dieser Lähmungen combiniren sich mit psychischen Störungen. Gehen diese verschiedenen Lähmungen meist binnen längerer oder kürzerer Zeit zurück, gleicht sich also die anatomische Störung aus, so kommen doch auch Fälle vor, in denen sich die Entwicklung einer systematischen Läsion des Rückenmarks oder Gehirns unzweifelhaft kund giebt und anatomisch constatiren lässt, einer multiplen Sclerose z. B. Die fragl. Lähmungen können zu jeder Periode des Typhus eintreten, am häufigsten sind sie in der Convalescenz. Neben den Affectionen der motorischen Nervenapparate scheinen auch Amyotrophieen, die an die bekannte typhöse Veränderung der Muskelfaser sich anschliessen, eine gewisse Rolle zu spielen (Jaccons, Hardy und Béhier).

Die nach *exanthematischem Typhus* und *Febris recurrens* auftretenden Akinesieen und nervösen Störungen bieten dieselben Eigenthümlichkeiten wie der Abdominaltyphus.

Für die Lähmungen nach *Dysenterie* neigt sich Verf. der Ansicht zu, dass dieselben auf einer durch die intensive Schleimhautirritation inducirten Rückenmarksveränderung beruhen. Ein besonderes Interesse verdient die durch einige Beispiele belegte Thatsache, dass auch bei einfachen *Darmcatarrhen* und *Diarrhoeen* ausgebreitete Lähmungen vorkommen.

Die *Cholera* scheint nach den wenigen vorliegenden Berichten meist nur zu circumscripten motorischen *und* sensiblen Störungen, vielleicht durch Alteration der Circulation, Anlass zu geben.

Unter den *Paralysen der Intermittens* werden scharf unterschieden solche, die mit dem Fieberanfall auftreten und verschwinden und solche, die im Gefolge perniciöser Wechselfieberanfälle sich einstellen. Eine hervorragende Rolle spielt bei diesen Intermittenslähmungen die Aphasie mit oder ohne Hemiplegie. Verf. nimmt mit andern Autoren eine Congestion der Nervencentren, und zwar hauptsächlich der corticalen Centren, als Ursache der passageren Intermittensparalysen an; bei persistirenden sind wohl Gefässalterationen (capilläre Pigmentembolien ?) mit in Rechnung zu bringen.

In Bezug auf die während und nach der *Variola* auftretenden Lähmungen stimmt L. nicht mit der allgemeinen Annahme einer vorwiegenden Häufigkeit bei dieser Affection überein; ihre Frequenz bleibt nach dem von ihm berücksichtigten Material weit unter der der Typhuslähmungen. Vorwiegende Form ist die Paraplegie; doch kommt auch Hemiplegie (mit Aphasie) und localisirte atrophische Lähmung (spec. auf Grundlage localisirter parenchymatöser Neuritis-Joffroy) vor, ferner die Form der acuten aufsteigenden Paralyse, Erscheinungen spinaler Ataxie oder das Bild der multiplen Sclerose.

Die Lähmungen nach *Masern* sind nach L. selten, noch seltener diejenigen nach *Scharlach*, erstere in ihren Formen ziemlich vielseitig, letztere meist cerebralen Ursprungs.

Das *Erysipel* gibt gleichfalls selten zu Störungen der Motilität Anlass; zuweilen sind letztere nur der Ausdruck einer an das Erysipel sich anschliessenden Meningitis.

Bezüglich der *acuten Tuberculose* betont L. besonders das neuerdings wiederholt beobachtete Vorkommen *neuritischer Prozesse* an peripheren Nervenstämmen als Ursache von Lähmungen.

Paralysen im Verlauf oder in Folge von *Rheumatismus articulor. acut.* kommen vor: sie sind jedoch sehr zu unterscheiden 1) von gewissen rapide zu Stande kommenden Muskelatrophien meist ganzer Extremitäten, die zwar mit erheblicher Kraftabnahme, aber nicht mit eigentlicher Lähmung einher:ehen, und 2) von gewissen mit Arthropathien verbundenen Motilitätsstörungen centralen Ursprungs. Die eigentlich rheumatischen Paralysen zeichnen sich durch ihre Flüchtigkeit, ihr rapides Auftreten und Verschwinden aus (doch ist dies keineswegs ausnahmslose Regel).

Besonders beachtenswerth sind die von L. mitgetheilten Beobachtungen und Bemerkungen über die mit der *acuten lobären Pneumonie* in Verbindung stehenden Lähmungen, über die in der deutschen Literatur sehr wenig zu finden ist. L. unterscheidet die im Gefolge der Pleuropneumonie auftretenden *diffusen und progressiven Lähmungen*, (die besonders von Gubler berücksichtigt wurden) und die auf der Höhe des pneumonischen Prozesses zu Stande kommenden *pneumonischen Hemiplegien*, auf die Charcot, Macario, Lépine speciell aufmerksam gemacht haben. Eine Eigenthümlichkeit der letzteren scheinen *vasomotorische Phänomene* im Bereich der gelähmten Extremitäten zu sein. Ein von Lépine berichteter Obductionsbefund einer solchen pneumonischen Hemiplegie weist eine thrombotische Verstopfung einer atheromatösen Art. Fossae Sylvii auf, andere zeigten cerebrale Erweichungsherde; es handelt sich also wohl immer um ischämische Zustände.

Die noch viel umstrittene Frage, ob auch *nach einfacher, nicht diphtheritischer Angina Lähmungen* vorkommen, wird von L. mit ausführlicher Berücksichtigung der genauen Beobachtungen Gublers errörtert; wie jede fieberhafte Krankheit, folgert L. wird auch die herpetische Angina Lähmungen im Gefolge haben können.

Unter einer Rubrik, für die bisher vielfach die Bezeichnung *Reflexlähmungen* galt, subsumirt L. gewisse nach *Affectionen* des *Urogenitalapparates* nach *Arthriten* und im Verlauf der *Pleuritis* vorkommenden Paralysen. Selbst nach Abzug einer grösseren Anzahl früher als Reflexlähmungen aufgeführter Affectionen, für die palpable anatomische Veränderungen festgestellt sind, bleibt eine Classe von Lähmungen zurück, für die ein Substrat in neuritischen oder myelitischen Veränderungen nicht anzunehmen oder bei der Autopsie nicht nachzuweisen ist. Für sie ist allerdings weniger die Theorie Brown-Sequards von einer *reflektorischen Wirkung bestimmter Reize* auf die *Gefässe* entfernter Innervationsherde,

weniger die *Erschöpfungstheorie Jaccouds*, als vielmehr die Auffassung Vulpians von einer *directen suspensiven Einwirkung* gewisser von fernen Organen auf die Nervencentra i. e. die Ganglienzellen fortgepflanzten Reize plausibel. Von den in verschiedenen Epochen *pleuritischer Exsudate*, resp. *operirter Empyeme* auftretenden *Hemiplegieen* gehören die meisten hierher (andere beruhen auf Thrombenbildung im Herzen und daher stammenden cerebralen Embolieen). Eine vom Verf. citirte These sucht sogar schon den Modus dieser centripetalen Hemmung corticaler Innervationsherde und die Bahnen zu bestimmen, auf denen dieselbe zu Stande kommt. Ein charakteristisches Merkmal dieser Gruppe „pleuritischer Reflexparalysen" ist der Wechsel in der Intensität der Erscheinungen, häufig ist die direkte Abhängigkeit von dem mechanischen Effekt der Injektion in die Pleurahöhle evident.

(Fortsetzung folgt.)

Eisenlohr (Hamburg).

---

239) **O. Rosenbach**: Zur Lehre vom Cheyne-Stokes'schen Athmungsphänomen. Ein Beitrag zur Theorie der Athmung.

(Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 1. Heft 3.)

R. stellt zunächst fest, dass es sich beim C.-S.-Phänomen nicht blos um eine Respirationsstörung handelt. Auch die Herzthätigkeit, das Grosshirn, die Pupillen- und Bulbus-Innervation, endlich die Muskelbewegung zeigten sich beeinflusst. Er prüft nun die verschiedenen Theorien des Symptomencomplexes auf ihren Werth. Die Franke'sche Hypothese von der subnormalen Erregbarkeit des Athemcentrums, das erst auf grössere CO_2 Mengen im Blute durch flache, immer dyspnötischer werdende Athemzüge reagirt und dann rascher ermüdet als die CO_2 sich wieder ansammelt, erklärt die aufsteigende Phase der Athmung nicht. Fischer erklärt das C.-S.-Phänomen durch Erstickungserregung des vasomotorischen Centrums, durch Arterienkontraktion mit konsekutiver Anämie des Athmungscentrums, welches hierdurch erregt wird. Die energischen, das Blut gut arterialisirenden Inspirationen lösen den Arterienkrampf und bedingen Apnöe. Diese Theorie erfuhr auf Grund widersprechender klinischer Ergebnisse und späterer Versuche den Zusatz, dass die gleichzeitige Erregung beider Centren das periodische Athmen bedingen könne. R. widerlegt auch diese Ansicht durch die klinische Erfahrung und durch Erstickungsversuche an kurarisirten Thieren, die beweisen: 1. dass die periodische Athmung von Blutdruck und Gasgehalt des Blutes unabhängig ist, 2. dass auch die Pupillenveränderungen nur von dem Erregungszustande gewisser Centren abhängen. Auch der vasomotorische Apparat ist meist weniger erregbar. Die Athempause ist keine Apnöe, sondern Ermüdung. Das Phänomen zeigt dieselbe Abwechslung von Thätigkeit und Ruhe, wie die normale Thätigkeit des Organismus. Das Gesetz der periodischen Thätigkeit ist dem organischen Leben immanent und haftet an der Zelle, nicht am Blute. Nicht die chronische Beschaffenheit des Blutes, sondern die eigenen Stoffwechselprodukte bilden den Reiz für die Thätigkeit der Zelle. Je grösser ihre Arbeitsleistung, desto reger der Stoffwechsel.

Das Blut gewährt aus den Zellen selbst die Möglichkeit, ihren innern Stoffwechsel zu reguliren. Das C.-S.-Phänomen ist also der Zustand, in welchem die normale Erschöpfbarkeit der Apparate hochgradig gesteigert ist.

Die Erregbarkeit ist herabgesetzt im Hirn; im Athmungscentrum steigt und sinkt sie langsam. Das S.-C.-Phänomen beginnt mit der sinkenden Erregbarkeit des Athmungscentrums, die sich durch das Flacherwerden der Einathmungen kundgibt. R. resumirt: durch gewisse Ernährugsstörungen des Hirns werden die Stoffwechselvorgänge in demselben oder in einzelnen Theilen desselben, namentlich in der med. obl. und in dessen Athmungscentrum derart alterirt, dass ihre normale Erregbarkeit mehr oder minder herabgesetzt und ihre normale periodische Erschöpfbarkeit bis zu völliger Lähmung gesteigert wird. Zum Schlusse folgt eine Krankengeschichte, (C.-S.-Phänomen bei beginnender Meningitis tuberculosa) die das Vorstehende erläutert. Landsberg (Ostrowo).

---

240) **Georg Fischer**: Zur Symtomatologie der Tabes dorsalis. Mittheilungen aus der Privatheilanstalt Maxbrunn.

(Deutsches Archiv für klinische Medicin.)

F. fand in 4 Fällen von Tabes die Patellar-Sehnenreflexe erhalten, wie Erb, Berger, Buch. Hier war auch die sonst verlangsamte Schmerzleitung eine normale. Auch die Blasenfunction war intakt. F. schliesst daraus, auf Hinterstrangerkrankung (Ataxie), nachweisbare Sensibilitätsstörungen, lancinirende Schmerzen, ohne Betheiligung der grauen Substanz. Das Remak'sche Symptom, prompte Tast- und verlangsamte Schmerzempfindung, fand F. unter 15 Kranken 8, doch in keinem Falle die verlangsamte doppelte Schmerzempfindung Naunyn's. Es folgen die Krankengeschichten. In 2 Fällen verlangsamte Schmerzleitung, ohne Doppeltempfindung und ohne Reflex, in 2 mit der Reaktion des Bewusstseins zusammenfallender Reflex. F. hält auf Grund physiologischer Auseinandersetzungen diese verlangsamten Reflexe für cerebral. Es folgen Krankengeschichten mit verschiedenen Modalitäten der Reflexe und Schmerzleitung, die im Original nachzulesen sind, wie die umständlichen interessanten psychiatrischen Erklärungsversuche. Es folgt die Besprechung einer Sensibilitätsstörung, vermöge deren die einfache Berührung mit der Spitze des Tasterzirkels doppelt empfunden wird. F. schlägt den Namen Polyästhesie dafür vor und hat sie auch bei Nichttabikern beobachtet. Die Krankengeschichten sind im Original nachzulesen, ebenso die physiologische Analyse, wonach das Symptom sich nur durch Affektion der grauen Substanz erklärt. Ueberhaupt zieht F. aus den in seinen Fällen beobachteten Symptomen der verlangsamten Schmerzleitung, der Analgesie Berger's, der Polyästhesie, dem Fehlen spinaler Haut- und Sehnenreflexe, der Verlangsamung spinaler Reflexe, dem grössten Theil der Sphinkterenlähmungen den Schluss, dass es sich bei der Tabes nicht allein um eine isolirte Hinterstrangerkrankung handelt, sondern dass die Erkrankung der Hintersäulen Clarke's eine regelmässige und frühzeitige ist. Landsberg (Ostrowo).

---

241) **Bockwell**: Ueber elektrische Behandlung der Mb. Basedowii.
(London Medical Record 1880, July 15. pag. 274.)

R. besprach in einem in der American Medical Association gehaltenen Vortrage die elektrische Behandlung der betreffenden Krankheit und stellte fest, dass diese nach den Grundsätzen der von ihm und Beard eingeführten allgemeinen Faradisation ausgeführt werden müsse, besonders bei gleichzeitig bestehender Anämie und nervöser Reizbarkeit. Den galvanischen Strom wendet er in der Weise an, dass er die Kathode über dem Centrum ciliospinale, die Anode in die Fossa auriculo-maxillaris aufsetzt und letztere nach kurzer localer Einwirkung längs dem Innenrande des Kopfnickers bis zu dessem unteren Ende allmälig verschiebt, darauf braucht er einen starken Strom mit der Anode auf dem Centrum ciliospinale. In einem verzweifelten Falle brachten ihm rasch an- und abschwellende Ströme (vermittelst eines Rheostaten) grossen Nutzen. Dr. Ancona (Giornale venete delle Scienze Mediche) hat einen schweren Fall von Basedow'scher Krankheit durch Stromunterbrechungen in 100 Sitzungen geheilt, wobei die Elektroden in den Fossis auriculo-maxillaribus sich befanden. (?) Von den 9, im Vortrag erwähnten Fällen genasen 4, besserten sich 2, 1 wurde fast gesund, während 2 jeder Behandlung trotzen.

Hinze (St. Petersburg).

---

242) Beschreibung des mikroskopischen Befundes in einem Falle von Athetose.
(Brit. Med. Journ. June 12. 1880, in Cincinati Lancet and Clinic. Jul. 17. 1880.)

Es fanden sich folgende Veränderungen im Gehirn bei der Untersuchung mit Hartnack 7: 1) eine bedeutende Vermehrung der Gefässe, 2) Erweiterung an vielen Gefässen und 3) massige Infiltration des Gewebes mit Leucocythen, besonders in der perivasculären Schicht der Gefässe. Am stärksten waren diese Veränderungen ausgeprägt in der grauen Substanz des unteren rechten Parietalläppchens, und der ersten Temperosphenvidalwindung, wo die Lymphkörperchen theils einfach geschichtet lagen, theils aber so massig abgelagert waren, dass sie das Gefäss comprimirten. Im Allgemeinen erschienen sie abgerundet, nahmen aber durch Druck ovale oder eckige Formen an; an einigen Stellen waren die Gefässe erweitert, an zwei Stellen waren die Lymphkörperchen in das umgebende Gewebe ausgetreten, an andern aber zu dichten Massen angehäuft und „miliare Abscesse“ bildend und oft das Bild des unterliegenden Gefässes verdeckend. Manche Gefässe enthielten Pfröpfe, welche zuweilen die von Gowers beschriebenen gebogenen, mit der Längsaxe des Gefässes parallelen Drucklinien aufwiesen; diese sollen nach Gowers durch den Blutstrom erzeugt werden. Die Ganglienzellen waren im Allgemeinen nicht vermindert. Die entsprechenden linksseitigen Gehirnparthien zeigten wohl einen Ueberfluss an Lymphkörperchen, aber keine Vermehrung der Gefässe.

Hinze St. Petersburg).

---

243) Eug. Tassi: Ein Fall von Hemiplegie und Aphasie nach Schädelbruch.

(Riv. sperim. di freniatr. 1880, 1. 2.)

Durch einen Fall auf die linke Seite des Schädels hatte sich ein 42jähriger Mann einen Bruch des Stirnbeines (links seitlich) zugezogen. Anfänglich bewusstlos und unbeweglich besserte sich sein Zustand bis auf eine leichte Behinderung der Sprache und eine merkbare Erschwerung der Auffassung. — Allein etwa 4 Wochen nach dem Unfalle fand man eines Morgens den Kranken soporös, ohne Reaction auf Sinneseindrücke, die rechtsseitigen Extremitäten gelähmt; späterhin liess sich vollständiger Mangel des Sprachvermögens constatiren. — Da sich im Laufe einiger Tage keine Besserung einstellte, wurde zur Trepanation geschritten, um etwaige Knochensplitter zu entfernen. Die Trepankrone wurde am Stephanion (anthropologische Bezeichnung jener Stelle am Schädel, an welcher Coronarnath und Linea semicircularis sich kreuzen, annähernd dem hinteren Drittel der mittleren Stirnwindung und zwar nahe der unteren Stirnwindung, entsprechend. Ref.) angesetzt. Die Dura mater erwies sich intact; die isolirten Knochensplitter wurden sorgfältig entfernt, während der Versuche die Knochenstücke zu fassen und zu entfernen konnten sowohl leichte Zuckungen als auch langsame Bewegungen am rechten Arm bemerkt werden. —

Nach der Operation stellte sich bald fortschreitende Besserung ein, die gelähmten Glieder erhielten ihre Beweglichkeit wieder, die anfänglich behinderte Sprache wurde wiederhergestellt; aus unbekannter Ursache kam es nach einigen Tagen zu einer spontanen Luxation des rechten femur. Obersteiner (Wien).

---

244) Buccola & Seppili: Experimentaluntersuchungen über die Modificationen der Hautsensibilität.

(Riv. sperim. di fren. 1880 1. 2.)

Nachdem es sich bloss um eine vorläufige Mittheilung handelt, wollen wir ein eingehendes Referat bis zum Erscheinen der ausführlichen Arbeit aufsparen.

Hier sei blos erwähnt, dass die beiden Autoren sowohl an Gesunden als an anaesthetischen Personen die Veränderungen der Hautsensibilität (Feinheit, Empfindlichkeit, Temperatursinn u. s. w.) nach der Einwirkung verschiedener Agentien (Metalle, Vesicantien, electrische Ströme, Magnete, Senfteige) untersuchten, und fast ausnahmslos eine Steigerung der Hautsensibilität in einer oder mehreren der genannten Beziehungen constatiren konnten. Nicht selten konnte auch eine entsprechende Abnahme der Sensibilität an der correspondirenden Stelle der anderen Körperhälfte als *negativer Transfert* beobachtet werden. —

Nach einer ausführlichen Darlegung der verschiedenen Theorien über die Wirkung der aesthesiogenen Substanzen und über den Transfert, kommen die Autoren zu dem Schlusse, dass unsre bisherigen Erfahrungen noch nicht genügend sind, um sich über diese Fragen eine allgemeine gültige Ansicht zu bilden. —

Obersteiner (Wien).

---

245) Obersteiner: Ueber einige neuere Entdeckungen den Ursprung der Hirnnerven betreffend.

(Vortrag geh. in d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien, vgl. Anzgr. Nr. 33, 1880.)

Bekanntlich werden dem N. glossopharyngeus dreierlei Functionen zugeschrieben, er soll Geschmack's- und Tastempfindungen, sowie motorische Leistungen vermitteln. O. sucht nun nachzuweisen dass diesen dreierlei Functionen auch ein dreifacher Ursprung entspräche. Die Fasern für die *Geschmacksempfindung* stammen aus jenem Kerne, der sich nach vorne an den Vaguskern anschliesst. Die *motorischen* Fasern kommen durch eine Umbeugung aus dem bekannten s. g. motorischen Gloso-pharyngeus-Kern zwischen der Olive und der Glosopharyngeus-Wurzel. Ausserdem gehen die zur Raphe gewendeten Fasern der Wurzel wahrscheinlich zu dem motorischen Kern der andern Seite. Die *sensiblen* Fasern aber mögen aus dem *Stilling*'schen Solitärbündel stammen, das aus der Substantia gelatinosa der Medulla oblongata nach vorne zieht, an den Vaguskern nur wenige Fasern abgibt, schliesslich aber in die Glosopharyngeus-Wurzel umbeugt. Dieses Bündel verhält sich also zum Glossopharyngeus ähnlich, wie die aufsteigende Trigeminus-Wurzel zum Trigeminus.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

246) Voigt (Oeynhausen): Einiges über die Entzündung der weichen Rückenmarkshaut.

(Minden, 1880 44 Stn.)

Die mit sorgfältiger Benutzung der neuen Literatur geschriebene Abhandlung betont die nicht so allgemein gewürdigte Häufigkeit der Leptomeningitis spinalis, die sich nicht allein mit den verschiedensten Rückenmarkskrankheiten verbinden kann, sondern auch nicht selten als Begleiterin von acuten und chronischen Erkrankungen anderer Organe auftritt. Hauptsächlich wird aber die Bedeutung der primären Leptomeningitis, insofern sie sich mit Entzündungen des Rückenmarkes und der Nervenwurzeln complicirt, hervorgehoben, und der anatomische Hergang bei diesen Complicationen ausführlich erörtert. Die bekannte Thatsache, dass bei fast allen Formen der Leptomeningitis vorzugsweise und am hochgradigsten der das hintere Segment des Rückenmarkes bedeckende Theil der Pia ergriffen wird, will Verf. aus der Anordnung der Arterien erklären. Sie ist Ursache, dass auch die secundären Myelitiden vorzugsweise Hinter- und Seitenstränge betreffen. Sie ergreifen zunächst hauptsächlich die Rindenschicht (Perimyelitis) und verlaufen im Bindegewebe, doch treten bei weiterer Ausbreitung auch parenchymatöse Entzündungen in disseminirten Herden auf, letztere besonders gern in den Seitensträngen. Die durch Leptomeningitis bedingten secundären Myelitiden sind kaum je eigentliche Systemerkrankungen, können aber den Symptomencomplex sowohl der Hinter- wie der Seitenstrangsklerose hervorbringen. Es sind dann meist „complicirte" Sklerosen, und zweifelt Verf. an der Richtigkeit der von Lange und Tacac's verfochtenen Ansicht, dass die Leptomeningitis da-

durch zu Tabes führe, dass sie die hinteren Nervenwurzeln comprimire, zum Schwinden bringe, und dadurch aufsteigende secundäre Degenerationen erzeugt werden.

Was die *Symptome* der Lept. betrifft, so werden die hauptsächlichsten und wesentlichsten derselben von der Betheiligung der Nervenwurzeln und des Rückenmarkes am Entzündungsprozess abgeleitet. Es werden nach einander die durch die Circulationsstörungen, durch den Druck der von der entzündeten Pia gesetzten Exsudate und durch die erwähnten complicirenden Entzündungen bedingten Symptome kritisch besprochen.

In *therapeutischer* Beziehung ist hervorzuheben, dass Verf. das viel gebrauchte Jodkali nur dann anwenden will, wenn es der Indicatio causalis entspricht, also da wo Syphilis im Spiele ist. Wo der Indicatio causalis durch eine Schwitzkur entsprochen wird, empfiehlt Verf. das Pilocarpium muriaticum. In Betreff der Indicatio morbi verwirft Verf. die heissen Bäder, besonders bei chronischem Verlaufe, empfiehlt dagegen kühlere Bäder (23°—25°, in chronischen Fällen bis hinunter zu 20°), doch hat Verf. solche allerdings nur in Form der Thermalsoolbäder angewendet. Auf die Congestion will Verf. durch Secale cornutum, eventuell auch durch Belladonna sowie durch zweckmässige Lagerung wirken. Verf. warnt sehr dringend vor starken Bewegungen, besonders vor anhaltendem Fahren, daher weite Reisen zu verbieten. Ueber die Wirksamkeit des constanten Stromes bei chronischer Leptom. spricht sich Verf. in Folge mehrfacher eigener negativer Resultate zweifelhaft aus.

Im Schluss illustrirt Verf. seine Ansichten und Behandlungsmethode durch drei Krankengeschichten, die einen günstigen Verlauf zeigen. Dehn (Hamburg).

---

247) **G. H. Schneider**: Die psychologische Ursache der hypnotischen Erscheinungen.

(Leipzig 1880. 8°. 39 S.)

Der Verf. nimmt an, dass der Hypnotismus in einer künstlich erzeugten, abnormen Einseitigkeit des Bewusstseins bestehe, resp. in einer abnorm einseitigen Concentration des Bewusstseinsprocesses. Diese abnorme Einseitigkeit wird dadurch hervorgerufen, dass die Aufmerksamkeit in aussergewöhnlicher Weise längere Zeit auf eine bestimmte Einwirkung gelenkt wird (Fixiren des Glasknopfes, Streichen, Glaube an die Wirkung etc.). Ein daraufhin verursachter Reiz wirkt desshalb kräftiger als im normalen Zustande, weil er nicht, wie in diesem mit einer grossen Anzahl anderer Reize zu concurriren hat. Desshalb ist z. B. das Streichen nach der Fixirung des Glasknopfes schon viel wirksamer, als vorher im normalen Zustande. Alle übrigen Experimente erklären sich in analoger Weise. Der Verf. vergleicht das Bewusstsein im wachen, normalen Zustand mit den electrischen Vorgängen in dem Conductor einer Electrisirmaschine, wenn dieser gleichzeitig oder schnell nach einander an vielen Stellen leitend berührt wird; den Zustand während des Hypnotismus hingegen mit einer leitenden Berührung des Conductors an einer einzigen Stelle,

Natürlich ist der Ausdruck „Bewusstsein“ im angegebenen Zusammenhang immer im weitesten Sinne der Worte aufzufassen, als ein Zustand, bei dem, wenn schon nicht Aperception doch wenigstens Perception der Wahrnehmung statfindet. Die „Bewusstlosigkeit“ im Gegensatz dazu wäre also nur der Zustand in tiefem Schlaf, Coma, oder Tod und nicht das „halbe“ Bewusstsein, das im leichten Schlaf, Traum, und ähnlichen Geisteszuständen noch restirt und gewöhnlich als Bewusstlossigkeit bezeichnet wird.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

248) **J. Grasset** (Montpellier): Ataxie locomotrice et lésions cardiaques. Contribution à l'étude du retentissement des maladies douloureuses sur le coeur.

(Extr. du Montpellier Médical. Juni 1880.)

Berger u. Rosenbach (Ueber die Coïncidenz von Tabes dorsalis und Insufficienz der Aortenklappen. Berl. klin. Wochenschr. 1879 p. 402.) hatten 7 Fälle von Coïncidenz von T. dors. und Insuff. d. Aortenklappen beobachtet, und waren, ohne übrigens aus diesem Zusammentreffen weitere Schlüsse zu ziehen oder über den pathogenetischen Hergang eine Ansicht zu äussern, „um so mehr „geneigt, beide Affectionen in Zusammenhang zu bringen, als sich „bei allen untersuchten Tabischen *nie* ein anderer Klappenfehler „auffinden liess.“

Vf. hat nun seinerseits in zwei Fällen, von denen der eine das classische Bild der Tabes dolorosa darbot, der andere aber neben Schmerzanfällen, die allerdings denen der Tabes entsprachen, noch andere nicht zum Bilde der Tabes gehörige Symptome — Hemianästhesie, epileptiforme Anfälle — zeigte, Erscheinungen von Seite des Herzens beobachtet. Diese Erscheinungen waren im ersten Falle ein sehr ausgesprochenes Blasen an der Spitze, das sein Maximum in der Systole hatte und sowohl die Pause zwischen dieser und der Diastole wie den zweiten Ton vollständig deckte. Im zweiten Fall bestand ein starkes zweigetheiltes Blasen, das über dem ganzen Herzen hörbar, sein Maximum über der Basis hatte. An der Spitze deutliches systolisches Blasen von einem kleinen klappenden diastolischen Ton gefolgt. Zugleich war auch bei der Auscultation der Arterien am Halse das systolische Blasen zu vernehmen. Die cardiographischen Curven zeigten reine verticale Ascension und einen ziemlich regelmässigen Trichrotismus im descendirenden Theil; die sphygmographischen Curven an der Radialis niedrige, schräg ansteigende und gerade abfallende Linien mit einem kleinen Plateau auf der Kuppe. In beiden Fällen bestanden übrigens weder subjective Symptome, die auf ein Herzleiden bezogen werden konnten noch aetiologische Momente für ein solches.

Von diesen Beobachtungen ausgehend hat G. die Literatur der Tabes nach weiteren Fällen von Coïncidenz mit Herzleiden durchsucht und i. G. nur noch 15 Fälle — es sind übrigens nur Fälle *französischer* Autoren angeführt (Ref.) — gefunden, aus denen er

die bezüglichen Befunde mittheilt. Wenn Vf. aus diesen Befunden schliesst, dass die Annahme einer besonderen Beziehung der Aorteninsufficienz zur Tabes unbegründet sei und dass vielmehr die verschiedensten Herzläsionen ohne Unterschied beobachtet sind, so ist doch nicht zu übersehen, dass B. u. R. nur keine anderen *Klappenfehler* in ihren Fällen beobachtet haben, von anderen Erkrankungen des Herzens aber überall nicht reden. Unter den 15 von G. gesammelten Fällen sind aber nur 4 Fälle (unter 8 F., von denen ein Obductionsbefund vorliegt), in denen durch die Autopsie Klappenfehler nachgewiesen sind, wovon 3 von Aorteninsufficenz, einer von Mitralinsufficienz, während die Mittheilungen über die nicht obducirten Fälle keine ganz sicheren Diagnosen betreffs des Bestehens eines Klappenfehlers zulassen.

Bei der grossen Seltenheit der Coïncidenz will Verf. die Frage nach dem Bestehen eines pathogenetischen Zusammenhangs von Tabes und Herzläsion nicht entscheiden, und nur untersuchen, ob ein solcher auf Grund bekannter physiologischer Thatsachen überhaupt möglich sei. Dies sei allerdings der Fall. Es kann sich nicht um einen krankmachenden Einfluss einer primären Herzalteration auf das Nervencentrum handeln, da weder embolische Vorgänge noch Circulationsstörung eine Systemerkrankung wie die Tabes hervorrufen können. Andererseits ist auch ein *directer* Einfluss der Rückenmarkserkrankung auf das Herz nicht anzunehmen; ein solcher wäre allenfalls nur bei einer Affection des Cervicalmarks denkbar. Dagegen wäre allerdings ein *indirecter*, und zwar durch die häufig wiederholten heftigen Schmerzen bedingter, möglich, und werden auch in den meisten der citirten Fälle solche Schmerzen als bestehend angegeben. G. beruft sich hierbei besonders auf die Arbeit von F. Franck (Effets des excitations des nerfs sensibles sur le coeur etc. Travaux du laborat. de Marcy 1876 p 221), welche experimentel den Einfluss peripherer sensibler Reize auf das Herz, und auf die von Couty u. Charpentier (Rech. sur les effets cardio-vasculaires des excitations des sens. Arch. de physiol., 1877 p. 525.),welche den Einfluss sensorieller Reize auf Herz und Cefässe behandelt. Verf. meint, dass wiederholte, andauernde, beträchtliche Störungen in der Function des Herzens in manchen Fällen zu anatomischen Veränderungen desselben führen können, wohin auch klinische Beobachtungen, besonders die betreffs Ueberanstrengung des Herzens sprechen. Verf. möchte demnach eine specielle Gruppe von Herzkrankheiten aufstellen: secundäre Läsionen nach einem localen, meist schmerzhaften Leiden, welches durch Reflexwirkung zunächst auf die Function und später auf die Structur des Herzens wirkt. In dieser Gruppe würden die im Verlauf der Tabes, speciell der Tabes dolorosa constatirten Herzleiden ein besonderes Kapitel bilden. Aber erst die Zukunft kann zeigen, ob diese oder überhaupt eine Beziehung zwischen Tabes und Herzkrankheit existirt oder ob Fälle wie die in der besprochenen Arbeit zusammengestellten nur eine zufällige Coïncidenz darstellen. Dehn (Hamburg).

---

249) **Mackenzie Bacon:** Chorea at an Advanced Period of Life.

(Journ. of ment. sc. July 1880. p. 253 und 254.)

Der Vf. berichtet über eine Frau, die von ihrem 58. Jahre bis zu ihrem fast 4 Jahre später erfolgten Tod an *Chorea* gelitten haben soll. Bei der Section fand sich chronische Arachnitis, geschrumpftes Gehirn mit Serum-Ansammlung in den Ventrikeln. Es werden aber keinerlei Details angeführt, welche die Diagnose auf Chorea sichern und andere für das Alter der Patientin doch viel wahrscheinlicherer Krankheitsformen ausschliessen würden.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

250) **Worthington:** A Case of Epilepsy Terminated by Apoplexy, and complicated with Haemorrhagie Cysts surrounding the Left Kidneys.

(Journ. of. ment. sc. July 1880 p. 254—257.)

Ein 37 jähriger Mann litt an Epilepsie mit nicht übermässig häufigen, aber sehr schweren Anfällen. Sechs Stunden nach einem solchen starb er unter Erscheinungen von Hirndruck. Es fand sich im Gehirn eine Haemorrhagie, die das linke Corpus striatum zertrümmert und den linken Seitenventrikel mit Detritus und mit 3½ Unzen schweren Blutcoagulis angefüllt hatte. Im übrigen Körper ausser Andeutungen von überstandener Pleuritis und Peritonitis zwei mit ziemlich frischen Blutcoagulis gefüllte Cysten in der Umgebung der linken Niere. Der Fall wird erzählt weil wirkliche Haemorrhagien im Gehirne bei Epilepsie bisher selten nachgewiesen wurden, wenn auch Epileptiker ziemlich häufig unter apoplektiformen Erscheinungen sterben.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

251) **Ch. Lasègue:** La pathogénie de l'épilepsie.

(Archives général. de médecine 1880 Juli pag. 5—11.)

Der Aufsatz enthält eine scharfe Kritik der Angaben Gower's in seinen Gulstonian Lectures (cf. Nro. 14 dieses Blattes) über Schreck und Furcht als Ursachen der Epilepsie. Verf. hält es für unmöglich, dass diese Zahlen richtig seien und kann den Grund nur in mangelnder Kritik Gower's gegenüber den Angaben seiner Kranken oder deren Angehörigen suchen. An einzelnen Beispielen aus seiner Praxis zeigt er, wie leicht man in dieser Hinsicht Täuchungen ausgesetzt sei. Die Zeitangaben über den Eintritt der Epilepsie nach stattgehabtem Schrecken hält er für ganz unstichhaltig, da man nur auf die Erinnerung der Kranken angewiesen sei.

Verf. selbst hat noch nie einen Fall echter Epilepsie begegnet, bei welchem eine genaue Untersuchung Schrecken oder eine andere Gemüthserregung als Ursache erwiesen hätte.

Karrer (Erlangen).

---

252) M. Magnan: Deux cas pachyméningite hémorrhagique à caractères expetionells. (Vortrag in der Société de Biologie.)

(Gazette médicale de Paris 31. Juli 1880.)

Im ersten als allgemeine Paralyse bezeichneten Falle war durch doppelseitiges Haematom der Dura mater und dadurch erzeugte Compression der Hirnrinde neben der Lähmung auch Aphasie verursacht.

Im andern Falle war das rechtsseitige Haematom abscedirt; Kopfschmerzen, epileptiforme Anfälle, linkseitige Hemiplegie mit Contractur im Arme waren die beobachteten Erscheinungen.

Karrer (Erlangen).

---

253) Milall Anderson: Notes of a case of hystero epilepsie.

(The Lancet 7. August 1880.)

Bei einer hysterischen Frau mit linksseitiger Hemianaesthesie wurden metallosoopische Versuche angestellt, bei welchen sich ergab dass eine Holzplatte dieselbe Wirkungen — hauptsächlich Transfert — äusserte als Metallplatten, (Blei und Gold).

Karrer (Erlangen).

---

254) Abbate: Fibrom des Rückenmarkes (!)

(Il Pisani 1880 1. 2.)

Als Curiosum möge weniger dieser Fall, als der betreffende Aufsatz erwähnt werden. V. fand nämlich bei einem paretischen Kranken einen eigenthümlichen Tumor im oberen Theile des Cervicalmarkes, wie seines Wissens in der Literatur kein ähnlicher verzeichnet ist. — In dieser Beziehung muss ihm insofern Recht gegeben werden als dieses grosse „Fibrom“ nichts anderes ist als die Pyramidenkreuzung. Von den beigegebenen Figuren, die sonst manches zu wünschen übrig lassen, ist in der That nur die Darstellug dieses sonderbaren Neugebildes ziemlich gut gelungen, man sieht das Heraustreten der Faserbündel aus den Pyramiden, ihre schichtenweise Durchkreuzung und andere Details recht schön.

Obersteiner (Wien).

---

255) Savage: Insanity associated with Contracted Kidneys.

(Journ. of ment. sc. July 1880 p. 245—247.)

Eine 35jährige Gouvernante kam im August 1879 in die Anstalt. Sie war sehr verwirrt, hatte Gehörs- und Gesichtstäuschungen, sprach unzusammenhängend, oder antwortete gar nicht, vernachlässigte sich, war gefrässig, unrein etc. In der Anamnese ist nur auffällig, dass sie vor 5 Jahren gelegentlich eines räuberischen Ueberfalles einen Schlag auf die rechte Seite des Schädels erlitten hatte und vor ihrer Aufnahme einen Anfall, nach welchem ihre linke Seite schwächer blieb. Ihre Pupillen waren erweitert, die Sehschärfe besonders rechts stark herabgesetzt. Die Augenspiegeluntersuchung ergab den Befund wie bei (Brigthischer) Nierenerkrankung, die Harnanalyse Eiweiss. Nach einem zweiten Anfall im Februar, starb die Kranke im April 1880.

Die Section ergab im Gehirn derart erweiterte Seitenventrikel, dass jeder etwa eine Orange fassen konnte. An der Vorderhälfte der Brücke fanden sich nahe der Medianlinie zwei ganz kleine Haemorrhagien. Die Gefässe an der Basis waren etwas atheromatös. Die linke Herz-Kammer war stark hypertrophirt, beide Nieren stark geschrumpft. Im Körper fanden sich weder Hydrops noch Oedeme. Der Verf. hält dafür, dass die Geistesstörung in letzter Linie durch die Nierenkrankheit bedingt war.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

---

256) **Enrico Toselli**: Sulla frenosi coreica.
(Arch. Ital. p. l. mal. nerv. 1880. Fasc. III. N. pp. 250—276.)

Der Vater des kranken B. L. starb an Apoplexia cerebri, ebenso ein Bruder und eine Schwester des ersteren, im übrigen kamen keine Fälle von Geistesstörung oder Nervenkrankheit in der Familie vor. B. L. selbst war als Kind sehr aufgeweckt, als Knabe widmete er sich mit übergrossem Eifer und entsprechendem Erfolg in einem geistlichen Convicte den Studien.

Etwa von seinem zwölften Jahre ab verursachte ihm das Lernen mehr und mehr Schwierigkeiten, so dass er es zuletzt ganz lassen musste. Vereinzelte choreatische Bewegungen stellten sich damals schon ein. Aussetzen der Studien und eine hydropathische Kur konnte den Ausbruch einer förmlichen Chorea nicht mehr verhindern. Anfangs hatte diese nur die Muskeln des Gesichtes und der rechten Hand ergriffen, später erfolgten heftige Anfälle, an denen die Muskeln des ganzen Körpers betheiligt schienen, zuletzt gesellten sich noch furibunde Delirien dazu mit Versuchen zu fliehen, aus dem Fenster zu springen, die Personen seiner Umgebung zu beschädigen etc. In den seltenen Momenten der Ruhe erinnerte er sich der Anfälle.

So wurde er am 6. Mai 1873 in die Anstalt gebracht, damals 14 Jahre alt. Mit einem Puls von 100—110, Temperatur von 38⁰—39⁰ schlaflos, beständig aufgeregt, abstinirend. Er wurde mit lauen Bädern und kalten Umschlägen auf den Kopf behandelt bis zum 20. Mai, von da an mit Bromkalium. Schon im Mai hatten sich alle Erscheinungen sehr gebessert, aber noch Ende September traten immer noch choreatische Mitbewegungen an den Lippen, sowie rechten Schulter und Arm auf, aber nur dann, wenn er beobachtet wurde. Sein Character blieb verändert, er war jetzt eigensinnig, launisch, böswillig und leicht zu erzürnen.

Im October wurde er entlassen. Zu Hause hörten die motorischen Erscheinungen schliesslich ganz auf, und Fremden gegenüber konnte er auch psychisch-normal erscheinen, seine Familie aber quälte er mit den eben angegebenen Charactereigenthümlichkeiten, und durch sein kindisches läppisches Wesen. Von einem Wiederaufnehmen der Studien konnte keine Rede sein. Vom December 1877 bis September 1878 litt er an Melancholie, wollte nicht essen, nicht sprechen, war schlaflos, machte Selbstmordversuche etc. Vom September 1878 bis Jänner 1879 war sein Zustand beiläufig wie vor der melancholischen Attaque, von da ab machte er neuerdings durch 3 Monate eine solche durch. Hallucinationen wurden nie beobachtet.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

257) **E. Mendel:** Die progressive Paralyse der Irren. Eine Monographie.
(Berlin 1880. Hirschwald. gross 8⁰ mit 12 Tafeln. Abbild. 352 pag. 13 M.)

Obwohl unsere Literatur über einen grossen Reichthum einzelner, die progressive Paralyse in bestimmten Symptomen, pathologischen Erscheinungen, aetiologischen, hereditären, therapeutischen etc. etc. Beziehungen besprechender Arbeiten verfügt, so fehlte ihr doch bisher eine die Ergebnisse dieser vielfältigen Einzelforschung zusammenfassende, das gesammte Bild der Krankheit darstellende Monographie. Die Lücke hat Mendel mit seinem uns soeben übersandten Werke ausgefüllt, und zwar in vortrefflicher Darstellung und das grossartige Gebiet der Einzelleistungen, an denen er ja selbst in nicht geringem Masse participirt, fast vollkommen übersehender und wiedergebender Weise.

Es geht durch das ganze Buch ein hervorragender Zug der der Ruhe, Objectivität und Nüchternheit, der auf mich besonders nach der Lectüre des Voisin'schen Werkes über denselben Gegenstand einen sehr angenehmen Eindruck gemacht hat. Wissen wird als solches hingestellt; Vermuthungen werden mit ersterem nicht verwechselt, therapeutische Hoffnungen werden nicht bombastisch wachgerufen; was wir wissen und können, das ist genau angegeben und begrenzt, davon geben wir nichts ab, aber — ultra posse nemo obligetur.

Ohne genauer auf den Inhalt hier eingehen zu können will ich die Anordnung desselben nur kurz skiziren, damit man ersehe, was das Buch bietet.

I. Capitel. 30 Seiten. Pathologie der prog. Paral. d. Irren.

Die typische Paralyse wird in 4 Stadien (prodromorum, melancholicum, maniacale, dementiae) geschildert; das Missliche der Stadieneintheilung wird anerkannt. Es folgen dann die verschiedenen Formen und zwar die depressive, agitirte, demente, circuläre, gallopirende und ascendirende; schliesslich die Paralyse der Frauen.

II. Capitel. 52 Seiten. Pathologische Anatomie; das beste des Buches, auf umfassenden eigenen Untersuchungen basirend. Ich hebe hier nur hervor den Passus über die Entstehung des Haematoma Durae matris, der durch eine höchst instructive Zeichnung (Ref. hat das Präparat früher schon beim Verf. gesehen) erläutert ist: „Nach meinen eigenen Untersuchungen muss ich als Regel annehmen, dass zuerst die Neubildung der Membran und dann der Bluterguss in diese Membran erfolgt“. Dadurch drängt der Bluterguss die Membran auseinander, und wird auf beiden Seiten von ihr begrenzt. Dies wird durch die Figur zur Evidenz bewiesen.

III. Capitel. 9 Seiten. Geschichte und Wesen der progr. P. Die Geschichte ist viel zu kurz, auch stellenweise lückenhaft. Die Paralyse ist „eine diffuse interstitielle, corticale Encephalitis, die ihren Ausgang in Hirnatrophie nimmt“.

IV. Capitel. 130 Seiten. Specielle Symptomatologie; A. psychische, B. somatische Anomalieen. Das grosse Capitel ist sehr ausführlich und eingehend gehalten.

V. Capitel. Aetiologie. 34 Seiten.

Sehr interessant ist das kleine geographisch-psychiatrische Exposé über die Häufigkeit der Paralyse. Das Zahlenverhältniss schwankt von 0 : 400 (Belfast Asylum) bis zu 19,7% (preuss. Provinz Brandenburg) und 20% (Chesin County Asylum). Das Land mit den meisten Paralysen, Ungarn, ist nicht aufgeführt; ich erinnere mich genau, bei meinem Besuche der k. kaiserl. Anstalt in Ofen 1872 gehört zu haben, dass 23% der Aufnahmen auf die Paralyse entfallen.

Einen Maassstab für die oben hervorgehobene Objectivität des ganzen Buches giebt der Abschnitt über die *Syphilis, als Ursache der Paralyse*, eine Anschauung, die in dem Verf., wie bekannt, einen der eifrigsten Verfechter gefunden hat, und deren maassvolle Darstellung gerade um so höheren Werth erhält.

VI. Capitel. Ausbruch. Verlauf. Ausgang. Dauer. 14 Seiten. Die differential - diagnostische Seite der Remissionen hätte etwas ausführlicher sein können.

VII. Capitel. Diagnose. Differentielle Diagnose. 15 Seiten.

VIII. Capitel. Prognosis. 19 Zeilen. Die Prognose ist eine ungünstige. Mit den äusserst selten und ausnahmsweise eintretenden Heilungen ist nicht zu rechnen.

IX. Capitel. Therapie. 14 Seiten.

Hier will ich nur hervorheben, was Verf. für die Fälle vorschreibt, bei denen man Syphilis als Ursache anzunehmen berechtigt ist. Ich halte es zunächst für sehr richtig, dass er sich gegen die wendet, welche eine antisyphylitische Behandlung ex principis widerrathen; auch ich habe niemals einen schädlichen Einfluss dieser Therapie gesehen. Ebenso richtig ist der Ausspruch, dass die Erfolglosigkeit einer specifischen Behandluug meist darin liege, dass sie zu spät eingeleitet wird; sie liegt ferner, nach meiner Ansicht, auch in der Unzulänglichkeit der Mittel. Es ist durchaus richtig, dass die Einreibungscur 3 bis 4 Monate und länger geübt werden müsse aber ich kann mich mit der Vorschrift d. Verf. „Morgens und Abends 1 Gramm Ung. cin. in denNacken“ nicht einverstanden erklären; das ist viel zu wenig. Mindestens 5 Gramm pro die sind erforderlich, und nebenher Kalium jodatum 2 bis 3 Gramm täglich; nur achte man bei letzterem auf Erregungszustände und setze bei Herannahen solcher sofort das Mittel aus. Collaps nach Jodkalium, wie Runge, habe ich nie gesehen; ich gebe aber auch viel kleinere Dosen. Dass bei Gebrauch von Jodkalium das Körpergewicht in die Höhe geht, habe ich auch mehrfach beobachtet.

Bezüglich der Electricität bin ich mit Verf. einverstanden gegen Arndt und Hitzig; sie ergab nur negative Resultate.

Ebenso richtig und bemerkenswerth scheint mir das, was Verf. über die Anstaltsbehandlung der Paralytiker sagt. Erlauben es die financiellen Mittel des Kranken, so soll man ihn im Prodromalstadium so lange wie möglich von der Anstalt fern halten; man kann ihm auf dem Lande in einem kleinen wohnlichen Hause einen Aufenthalt schaffen der natürlich unter sachkundiger Leitung viel

wohlthätiger wirkt als jene. Nur Selbstmordintentionen im melanchol. Stadium, hartnäckige Nahrungsverweigerung und grosse Aufregung sollten Indicationen für die Anstalt sein.

Es folgen nun 9 Krankengeschichten Literaturangaben, statistische Angaben über die Frequenz, das Alter, den Vermögens- und Familienstand der Paralytiker in den öffentlichen und privaten Irrenanstalten Preussens pro 1877 und 1878.

Dem Buche sind 5 chromolith. Tafeln mit Abbildungen patholog. anatomischer, von der geübten Hand Lüdke's angefertigte und gezeichnete Praeparate, 1 Tafel sphygmographischer Curven und 6 Tafeln Schriftproben beigegeben; letztere sind sehr schlecht.

Ein Inhaltsverzeichniss erleichtert die Uebersicht des Inhaltes sehr. Die Ausstattung des Buches ist gut.

Erlenmeyer.

---

258) **Rayner, Robertson, Savage, Atkins:** Jnsanity from Lead Poisoning.

(Journ. of ment. sc. July 1880 p. 222—232.)

Rayner ist der Ansicht, dass *Bleivergiftung* 1) Anfälle von acuter Manie und Zustände erzeugen kann, die der allgemeinen Paralyse äusserst ähnlich sind, wie solche Touquerel als „*Lead-encephalopathy*" beschrieben hat, wovon R. aber nur einen Fall kennt. 2) Bei lange andauernder Bleivergiftung können sich Sinnestäuschungen entwickeln, von denen besonders die Gesichtstäuschungen sehr anhaltend zu sein pflegen. Auffallend ist, dass Verfolgungsideen dabei fehlen. 3) Es gibt Fälle, bei denen Bleivergiftung zuerst eine gewisse „Toxaemie" erzeugt, die sich als *Gicht* merklich macht, beide zusammen produciren dann Formen von Geistesstörung, die sich enge an die allgemeine Paralyse anschliessen.

Robertson hat sechs Fälle von Bleivergiftung beobachtet, von denen aber keiner mit allgemeiner Paralyse hätte verwechselt werden können, wohl aber fanden sich, abgesehen von der bekannten Bleilinie des Zahnfleisches, in wechselnder Combination Tremores, Convulsionen, Amaurosis, neben acuter Manie oder Geistesschwäche.

Savage beobachtete einen Fall, des sich durch Tremores an Hand, Zunge und Lippen, Schlaflosigkeit, Unruhe, unanständiges und unreinliches Benehmen, unzusammenhängende Sprache, Verlust des Gedächnisses characterisirte. Der Fall wurde geheilt.

Atkins beobachtete einen Fall, bei dem neben grosser Muskelschwäche und Tremores ein Zustand von Depression und Geistesschwäche bestand, der nur manchmal von Anfällen melancholischer Aufregung unterbrochen wurde. Das Gedächtniss hatte sehr gelitten, Hallucinationen fehlten. A. ist sehr geneigt den gesammten sommatischen und psychischen Zustand als einen „paretischen" zu bezeichen.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 M. fr. Stat. 3) Halle a. Saale, Volontärarzt, 1200 M. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 1. October 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. (Vergl. *Verschied. Mittheil.* oben.) 5) Hildburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei fr. Station. 5) Provinc.-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., fr Station. 6) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 7) Marsberg, Volontairarzt, katholischer Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 8) Ueckermünde in Pommern, 1) Assistenzarzt, 1000 M. und fr. Stat. 2) Volontaiarzt, 600 M., fr. Stat. 9) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 M., fr. Stat 10) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, sofort, 900 M., fr. Stat. 11) Wehnen (Oldenburg) Assistenzarzt. 12) Klingenmünster (bayr. Pfalz), Hülfsarzt, 1. October, 1000 Mark, freie Station I. Classe. 13) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 M. freie Sation. 14) Göppingen (Dr. Landerer), Assistenzarzt, 1500 Mark freie Station. 15) Pforzheim, Hülfsarzt, 1200 M. und freie Station. 16) Erlangen, Assistenzarzt, 1080 M., freie Station in I. Classe. — 17) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Erkelenz (Aachen), Eschwege (Cassel), Galdop (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Hünfeld (Kassel), Königsberger Kreis (Frankfurt a. Oder), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Osterode (Königsberg), Sensburg (Gumbinnen), Schönau (Liegnitz), Schroda (Posen), Stuhm (Marienwerder), Wehlau (Königsberg), Wollstein (Breslau), Zeitz (Merseburg).

Besetzte Stellen. Dr. med. Pet. Hansen, seither 3. Arzt an der provinzialständigen Irrenanstalt in Schleswig ist zum Directer dieser Anstalt ernannt worden. Dr. C. Papst zum Kr.-Phys. des Kreises Mogilno. Dr. Kahnemann aus dem Kreise Osterode in den Kreis Eylau zurückversetzt.

Ehrenbezeugungen. Dem Privatdocent Dr. M. Schüller ist der Character als ausserordentlicher Professor; Kr.-Phys. Dr. Litthauer in Schrimm ist der Titel Sanitätsrath verliehen worden.

Todesfälle. Medizinal-Referent Sanitätsrath Dr. Schrader in Aurich.

IV. Anzeigen.

Druckfehler.

Pag. 278 5. Zeile v. o. Collation statt Recollation, pag. 341 11. Zeile v. o. Gefässturgor statt Gefässturpor.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den Commissions-Verlag von Geörg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. 15. October 1880. Nro. 20.

INHALT.

I. Originalien.

Zur „paradoxen Muskelcontraction."

Von Prof. C. WESTPHAL in Berlin.

Herr Dr. Erlenmeyer hat in Nro. 17 des laufenden Jahrgangs dieser Zeitschrift seine Erfahrungen über ein von mir beschriebenes und als „paradoxe Muskelcontraction" bezeichnetes Phänomen mitgetheilt.

Der wesentliche Inhalt seines Artikels, in welchem er meine Beobachtungen im Wesentlichen bestätigt, besteht in der mit grosser Sicherheit ausgesprochenen Behauptung, dass „die Contraction des M. Tibialis anticus bei dem in Rede stehenden Versuche alleinige Folge der durch die Dorsalflexion des Fusses erzeugten Dehnung des Gastrocnemius, seines directen Antagonisten sei;" er „beweist" dies dadurch, dass, wie er gefunden, die paradoxe Contraction des Tibialis anticus sofort schwinde, sobald man den Gastrocnemius „ver-

kürzt", indem man „die Wade in die Hand nimmt und sie mit starkem Drucke gegen die Ferse schiebt". Umgekehrt könne man durch vorherige, in analoger Weise ausgeführte Verkürzung des Gastrocnemius das Eintreten der paradoxen Contraction verhindern.

Herr Dr. Erlenmeyer befindet sich jedoch in einem Irrthume. Ganz abgesehen davon, ob es überhaupt möglich ist, den Gastrocnemius auf die angegebene Weise zu „verkürzen", hat diese Manipulation des Hinunterschiebens der Wade, die angebliche „Verkürzung" des Gastrocnemius, mit der von Herrn Dr. Erlenmeyer gesehenen Wirkung gar nichts zu thun: nicht das Herunterschieben der Musculatur (der Versuch, den Muskel zu „verkürzen"), sondern der *starke Druck* auf die Wadenmusculatur ist einzig und allein der Grund der Erscheinung, wovon sich Herr Erlenmeyer selbst, wie ich glaube, leicht überzeugen wird, wenn er eben die Wade mit der Hand einfach stark zusammendrückt, ohne die Muskelmasse weiter nach abwärts (oder aufwärts) zu verschieben;*) der durch diesen Druck auf die Musculatur der Wade ausgeübte mechanische Reiz bewirkt die Plantarflexion des Fusses, nicht aber die „Verkürzung" des Gastrocnemius.

Mit dem Fortfalle der, wie er irrthümlich annahm, von ihm bewiesenen Thatsachen fallen dann auch die fernern Schlüsse, welche Herr Dr. Erlenmeyer daraus zog.

Weiter auf die betreffenden Erscheinungen bei dieser Gelegenheit einzugehen, habe ich keine Veranlassung. Wenn aber der Herr Autor den Namen tadelt, welchen ich der Erscheinung selbst gegeben, und sich sehr um einen neuen bemüht, so erlaube ich mir zu bemerken, dass ich ähnliche Erörterungen, wie er sie anstellt, gleichfalls bei mir angestellt hatte, und dass ich, obgleich es mir für die *Sache* gleichgültig scheint, doch meine guten Gründe gehabt habe, nicht „Contractur", sondern „Contraction" zu sagen, dass auch die Erscheinung, welche Deutung sie auch einmal erhalten möge, paradox genug ist, um ihr (im Anklange an die „paradoxe Zuckung") dieses Epitheton zu lassen, und dass ich die von ihm beliebte Bezeichnung „Muskelphänomen", die sich auch mir dargeboten, aus leicht erkennbaren Gründen nicht gewählt habe.

Berlin, den 28. September 1880.

II. Referate.

259) **Westphal:** Ueber eine Combination von secundärer, durch Compression bedingte Degeneration des Rückenmarks mit multiplen Degenerationsherden.

(Arch. f. Psychiatrie Bd. X. H. 3, p. 788.)

W. beobachtete in einem Falle, in welchem durch Druck einer Geschwulst auf das R.-M. sich secundäre Degeneration entwickelt hatte, ausserdem noch fleckweise Degeneration des R.-M. Aus der Krankengeschichte sei folgendes hervorgehoben: Patientin, welche ein Jahr lang an heftigen neuralgischen Schmerzen zwischen dem rechten Schulterblatt und der Wirbelsäule, nach der rechten Brusthälfte

*) Diese Annahme kann ich auf Grund meiner Versuche nicht bestätigen.
Erlenmeyer.

ausstrahlend gelitten hatte; bekam nach ihrer Entbindung Gefühllosigkeit in den Beinen, dieselben wurden paretisch; unwillkürliche Harn- und Stuhlentleerungen traten ein. Die active Beweglichkeit beider Beine war vollständig aufgehoben, Patellarreflexe erhalten, Sensibilität herabgesetzt, Wirbelsäule zwischen den Schulterblättern auf Druck sehr schmerzhaft; im Verlaufe der Krankheit wurde beobachtet erhöhte Reflexerregbarkeit der Beine und spontane Flexionscontracturen. Die Kranke ging nach viermonatlicher Behandlung an Decubitus der Kreuzbeingegend unter Schüttelfrösten und erschöpfenden Durchfällen zu Grunde. Die auf Tumor am oberen Brusttheil d. R. M. gestellte Diagnose wurde durch die Autopsie bestätigt.

Es fand sich am Ende des oberen Drittels d. R. M. eine unterhalb der Dura liegende Geschwulst von 3 Ctm. Länge, 1 Ctm. Breite u. 1 Ctm Dicke. Dieselbe war abgeplattet, cylindrisch, grauweiss, zähelastisch, von lappigem Bau und körnigem Aussehen. Neben der Geschwulst nach rechts lag noch eine kleine Geschwulst wie ein vergrössertes Spinalganglion erscheinend. In den unteren Extremitäten fand sich braune Degeneration der Muskulatur.

Das gehärtete R.-M. zeigte oberhalb der Druckstelle die Hinterstränge und Flechsig's Kleinhirnseitenstrangbahnen, unterhalb die Pyramidenseitenstrangbahnen degenerirt also eine typische aufsteigende und absteigende secundäre Degeneration. Ferner aber fand sich noch die auffallende Thatsache, dass hie und da ganz unabhängig von der secundären Degeneration sich scharf markirende degenerirte Herde von unregelmässiger Gestallt im R.-M., Medulla oblongata und Pons fanden. Die mikroskopische Untersuchung der degenerirten Stellen ergab im Wesentlichen eine immer mehr zunehmende Verengerung der Maschen, in denen die Nervenelemente liegen, durch Zunahme des in einen feinfibrillären Filz mit mässig zahlrecihen Kernen sich umwandelnden interstitiellen Gewebes mit Schwund der Nervenelemente unter sichtbarer Veränderung ihrer Marksubstanz und dem Auftreten von Fettkörnchenzellen. Der Bau der Geschwulst war so eigenartig, dass sie sich einer der bekannten Gruppen nicht einreihen liess. Sie bestand aus verzweigten, sich vielfach verflechtenden Fasern mit sporadischen Kernen mit theils endständigen, theils seitlichen dicken kugeligen Anschwellungen. Möglicherweise war Nervengewebe in derselben vorhanden. Näheres darüber sehe man im Original nach. Was die Combination von fleckweiser und secundärer Degeneration betrifft, so ist W. geneigt eine innere Beziehung zwischen beiden anzunehmen und zwar in der Weise, dass ein Rückenmark, in welchem durch langsame Compression ein myelitischer Erkrankungsherd mit secundärer auf- und absteigender Degeneration sich entwickelt, eben dadurch eine Disposition zu circumscripten Erkrankungen an den verschiedensten Abschnitten erwirbt. Die hierbei stattfindenden Vorgänge würde man sich nach W. so zu denken haben, dass Circulationsstörungen in der Blut- und Lymphbahn zu Stande kommen, welche durch die Compression bedingt werden und an Orten zur Geltung kommen, welche dem Orte der Compression selbst fern liegen.

Schulz (Braunschweig).

260) W. Erb: Ueber spinale Myosis und reflectorische Puppillenstarre.
(Facultätsprogramm, Leipzig, 1880).

Man versteht unter spinaler Myosis oder besser Myosis mit reflectorischer Pupillenstarre jenen Zustand der Pupillen, in welchem dieselben (meistens) eine erhebliche Verengerung zeigen und durch Lichtreize vollkommen unerregbar sind, während sie auf accommodative Impulse und Convergenz der Sehachsen normal reagiren. Von Argyll Robertson (Edinb. med. Jour. 1869) entdeckt wurde dies eigenthümliche Verhalten bei verschiedenen Krankheiten zunächst in einzelnen Fällen von Knapp und Leber (Virchow-Hirsch, 1872, II.). dann an etwas reicherem Material von Wernicke (Virch. Arch. 56) und Hempel (v. Gräfes Arch. XXII. 1.) bestätigt und genauer bearbeitet. Hempel (Leber) besonders hat das häufigere Vorkommen bei Tabes constatirt. Aber erst von Vincent (Thèse de Paris. 1877) rührt eine ausgiebigere Beobachtung und Bearbeitung des Gegenstandes her; er untersuchte die Sache bei Tabes, bei progressiver Paralyse und bei einigen anderen Nervenkrankheiten in einer grossen Zahl von Fällen und kam zu wichtigen und bemerkenswerthen Resultaten. Erb selbst (Deutsch. Arch. f. kl. M. 24. I.) hat dann diesen Gegenstand auf Grund zahlreicher eigener Beobachtungen eingehend besprochen und ist dabei im Wesentlichen zu denselben Resultaten gekommen wie Vincent.

E. hat nun seitdem seine Beobachtungen fortgesetzt und auf die spinale Myosis bei Tabeskranken geachtet, das Verhalten der Pupillen bei anderen Krankheiten und bei Gesunden untersucht.

Unter 84 Fällen von Tabes fand sich:

absolute reflectorische Starre 59 mal
sehr schwache, träge, unausgiebige Lichtreaction 12 mal
also Summe der verminderten Reaction = 71 mal
dagegen normale Lichtreaction 13 mal

Es war demnach mehr oder weniger hochgradige Starre der Pupillen in 84,5% der Tabesfällen vorhanden. Von diesen 71 Fällen waren mit ausgesprochener Myose verbunden nur 37 (ca. 52%), mit normaler Weite der z. Th. differenten Pupillen 34 Fälle. Unter den 37 mit Myose waren 3 mit Sehnervenatrophie.

Das Symptom kann zu den ersten Erscheinungen der Tabes gehören. E. hat es in einer Weise von Fällen nach einer Krankheitsdauer von 2—3 Jahren gesehen, in je 1 Falle schon nach 1½ J., nach 1 J., 8 Monaten und 6 M. Dagegen hat er es fehlen sehen bei einer Krankheitsdauer von bereits 5—6—10 Jahren, in 1 Falle sogar von 19 Jahren.

Eine Beziehung des Symptomes zu vorausgegangener Syphilis liess sich durchaus nicht erkennen. 9 Fälle ohne syphilitische Vergangenheit zeigten es, bei 10 syphilitisch gewesenen Tabeskranken fehlte es.

Von beginnender progressiver Paralyse hat E. 16 Fälle untersucht. Nur in 2 Fällen waren die Pupillen ganz normal. In 10 Fällen bestand Pupillendifferenz, nur 3 mal mit reflectorischer Starre verbunden. Endlich war 4mal Myose mit reflectorischer Starre vorhanden.

Es ist E. neuerdings gelungen bei Kranken, welche nicht an Tabes oder progressiver Paralyse litten, das Symptom zu constatiren. Einige dieser Fälle führt er an. 1) 45 jähr., kräftiger Mann mit hochgradigster (perniciöser?) Anämie, ohne sonstige nervöse Erscheinungen. 2) 55jähr. Mann, welcher seit Jahren an Tremor und allerlei vagen nervösen Störungen litt (vielleicht Nicotinvergiftung). In beiden Fällen Myose *und* reflectorische Starre. 3) 33 jähr. Mann, vor 12 Jahren Syphilis, am rechten Auge Mydriasis u. Accomodationsparese, am linken Auge Myosis, beiderseits reflectorische Starre. Jedenfalls ist das Symptom ausser bei den erwähnten beiden Krankheiten sehr selten.

Es ist bekannt, dass bei Verletzungen oder Erkrankungen des Halssympathikus Myosis auftritt, dabei pflegt aber die Lichtreaction erhalten zu sein. Das Gleiche gilt auch für Läsionen des Halsmarkes.

Bei Gesunden hat E. das Symptom niemals auffinden können. Er bestätigt, dass bei uncomplicirter seniler Myose die Lichtreaction der Pupillen stets erhalten bleibt.

Bei der Erklärung des Symptoms will E. Myosis und Pupillenstarre getrennt wissen. Zur Erklärung der letzteren muss man annehmen, dass der Theil des Reflexbogens zwischen Opticus und Oculomotorius, welcher zwischen den Opticus- und Oculomotorius-Centren liegt, lädirt sei, denn würde die Störung in der peripheren Opticusbahn liegen, so könnte das Sehen nicht normal bleiben, u. würde die Störung in der peripheren Oculomotoriusbahn liegen, so könnte die Pupille sich nicht auf accommodative Impulse contrahiren. Für die Myosis muss man auf Veränderungen im Dilatator pupillae recurriren, da an einen Krampf des Sphincter bei der erhaltenen accommodativen Bewegung und bei der vieljährigen Dauer des Zustandes nicht wohl gedacht werden kann. Da nun eine periphere Erkrankung des Dilatator ganz unwahrscheinlich ist, eine Erkrankung der Bahnen, welche dem Centrum des Dilatators von der Körperoberfläche oder vom Gehirn aus Erregungen zuführen, ebensowenig acceptirbar ist, so ist das Wahrscheinlichste, dass das pupillendilatirende Centrum selbst oder die von ihm abgehenden motorischen Leitungsbahnen innerhalb des Rückenmarkes oder im Halssympathikus gelähmt oder sonstwie lädirt sind und dadurch die Myosis bedingen. Zur Erklärung der Myosis mit reflectorischer Starre bei Tabes und anderen Erkrankungen nimmt E. an, dass 2 verschieden localisirte Läsionen, die innerhalb des Halsmarkes bis zur Vierhügelgegend hinauf zu suchen wären, vorhanden sind.

Um einiges zur möglichen Entscheidung über die Richtigkeit oder Unrichtigkeit dieser Annahmen beizutragen, stellte E., zusammen mit Dr. Kast, eine Reihe Versuche an. Zuerst wurde die Einwirkung von Atropin geprüft bei Tabeskranken und einigen anderen Kranken, welche das Symptom zeigten: bei allen trat Erweiterung der Pupillen ein, wenn auch langsam und nicht so hochgradig wie bei Gesunden. Die Augen eines Tabeskranken wurden während des Schlafes und beim Erwachen beobachtet: es trat bei letzterem

nicht die normale Erweiterung der Pupillen ein, seine Pupillen blieben absolut unbewegt und hochgradig verengt.

Bei Gesunden wird durch lebhafte Hautreize eine Erweiterung der Pupillen herbeigeführt, bei Tabeskranken mit spinaler Myosis fehlte alle und jede Reaction der Pupillen, selbst auf die allerstärksten Hautreize, auf unerträglich starke faradische Pinselung sowohl, wie auf starkes Kneifen und ebenso auf starke faradische Reizung der Sympathikusgegend mit feuchten Elektroden. Ein Tabeskranker, welcher von E. während einer heftigen Schmerzkrise beobachtet wurde, behielt seine engen Pupillen. Dagegen trat bei Tabeskranken ohne Pupillenstarre nach Hautreizen die gewöhnliche Pupillenerweiterung ein.

Es geht aus diesen Versuchen hervor, dass bei Tabes nicht nur eine Aufhebung der reflectorischen Verengung der Pupillen, sondern auch eine Aufhebung ihrer reflectorischen Erweiterung sehr häufig zu beobachten ist. Man könnte daher nach E. von „aufgehobenen Pupillenreflexen“ sprechen und dies Symptom mit dem Fehlen der Sehnenreflexe in Parallele stellen. Möglicherweise deuten diese Versuche auf eine nähere, anatomische und functionelle Beziehung zwischen dem Contractions- und Dilatationscentrum der Pupille.

In einem Fall von Morbus Basedowii trat Pupillenerweiterung bei Hautreizen ein. In einem Fall von doppelseitiger Mydriasis mit completer Pupillenstarre und Accommodationslähmung fehlte zunächst alle Reaction von der Haut aus; als nach einiger Zeit Verengerung der Pupillen und Reaction auf Licht wieder eintraten, erschien auch die Erweiterung bei Hautreizen wieder. In dem oben als Nro. 3 angeführten Fall rief die Hautreizung keine Spur von Reaction hervor. Dagegen war in einem Falle von einseitiger Amaurose durch Neuritis retrobulbaris bei faradischer Pinselung geringe, aber auf beiden Seiten gleich starke Erweiterung zu erzielen.

E. will aus seinen Beobachtungen noch keine Schlüsse auf den complicirten Innervationsmechanismus der Iris und die genauere Localisation seiner Störung bei Tabes ziehen, fordert vielmehr zum Fortsetzen der Versuche und Sammeln weiterer Thatsachen auf. —

Möbius (Leipzig).

---

261) **L. Landouzy:** Des paralysies dans les maladies aigues.

(Paris Baillière et fils. 1880.)

(Fortsetzung und Schluss.)

Das 4. Capitel, Sathogenie betitelt, ist eine gut geschriebene Darstellung des gegenwärtigen Standes unserer Kenntnisse über die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei den Lähmungen acuter Krankheiten. Die *„Prolegomènes d'anatomie et de physiologie medicale de l'appareil neuro musculaire“* entwickeln die von Charcot und seiner Schule etablirten Principien über Bau und Gliederung der Constituenten des motorischen Apparates. Ein Abschnitt ist den Veränderungen des *Muskels* in acuten Krankheiten gewidmet. Es folgt eine ausführliche Besprechung der bei verschiedenen Infectionskrankheiten erhobenen Befunde im Nervensystem. Die Rolle der *Neuritis* bei der Genese von Lähmungen in acuten Krankheiten

ist nach Landouzy zweifelhaft, jedenfalls sehr selten in Betracht kommend; viel grössere Wichtigkeit beanspruchen die *medullären* Läsionen, besonders die Affectionen der *grauen Substanz*. Speziell bei Erörterung der pathologischen Anatomie der dyphtheritischen Paralysen wird grosses Gewicht auf die Befunde und Anschauungen Déjérines — dessen *„leichte Tephromyelitis* — gelegt. (Nach Ansicht des Ref. unterschätzt L. die Bedeutung einer primär-peripheren Nervenaffection als Ursache der dyphtheritischen Lähmungen entschieden.)

Bei der *Variola* muss Verf. allerdings — neben gebührender Betonung der von Westphal constatirten disseminirten Rückenmarkserkrankung — die von Joffroy mit unwidersprechlicher Sicherheit nachgewiesene parenchymatöse Neuritis als Grund atrophischer Lähmung anerkennen. Doch scheint er selbst in diesem Fall den Ausgangspunkt der Erkrankung lieber in die centralen Ganglienzelle zu verlegen, deren Ernährungsstörung sich nicht mehr in ihr, wohl aber in dem von ihr ausgehenden Axencylinder kenntlich mache.

Eine grosse Bedeutung wird in der Pathogenie der Lähmungen in acuten Krankheiten der *Temperatursteigerung* vindicirt und deren Wirkungen auf die physikalische und chemische Qualität der Elementartheile des Centralnervensystems. Ein aus der Feder von Rénaux stammendes Exposé erörtert die Natur der eigenthümlichen Hortensiafärbung der Hirnrinde die auf der Höhe verschiedener fieberhaften Erkrankungen vorkommt und deren Bedeutung für nervöse Phänomene intra vitam. Die fragliche Färbung ist nach R's Untersuchungen durch theilweise Auflösung des Hämoglobin's in den Capillaren bedingt; dass diese chemische Veränderung toxisch auf die Centren wirke, zu den deliriösen und ataktischen Zuständen febriler Krankheiten oder durch tiefere Schädigung zu Paralysen führe, wird von Rénaux als Vermuthung ausgesprochen.

Ausser dieser *„hyperthermischen“* Alteration der nervösen Centren muss nach L. eine *direkte toxische* Einwirkung morbider Agentien — speciell auf die Elemente des Rückenmarks — angenommen werden. Die Entstehung *meningitischer Affectionen* dürfte — nach Analogie der Hypothese Vulpian's für die Rolle der Erkältung — von primär eingeleiteten Störungen gewisser Parthieen des Rückenmarks abhängen, aus denen die sensitiven und sympathischen Fasern zu den Meningen entspringen. Lässt der Verf. der Hypothese hier einigen Spielraum, so thut er es doch mit der Vorsicht einer meist in Frageform eingekleideten Schlussfolgerung.

Mit weit grösserer Evidenz führt das Studium des Gegenstandes zu der Ueberzeugung, dass die in der *Convalescenz* auftretenden Lähmungen *nicht* einfach Folge eines *asthenischen* Zustandes sind, sondern eine direkte Affinität des Krankheitsprozesses zu gewissen Provinzen des Nervensystems voraussetzen. Bezüglich des feineren Mechanismus des Zustandekommens der Lähmungen wird selbst bei den diphtheritischen der *localen Propagation* der Noxe, durch eine Neuritis ascendens nur eine zweifelhafte Bedeutung zugestanden. Speziell kommt Verf. noch einmal auf die *cardialen* *und pulmonalen*

Innervationsstörungen im Verlauf acuter Krankheiten und hält es für mehr als wahrscheinlich, dass dieselben von einer Betheiligung der Medulla oblongata abhängen.

Das V. Capitel: Considérations générales sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de paralysies d. l. m. a. resumirt kurz einige Eigenthümlichkeiten der Lähmungen bei einzelnen acuten Affectionen.

Eingehender werden die Unterschiede je nach dem anatomischen Sitze der Ursache behandelt und speciell die Bedeutung des elektrischen Verhaltens hervorgehoben. Etwas ungenau weil zu eng gefasst, ist die Definition der Entartungsreaction (reaction de dégénerescence) als „Diminution de la contractilité musculaire aux courants faradiques, exagération aux courants galvaniques.“ Vollkommen richtig ist übrigens die Bemerkung, dass die Wichtigkeit der elektrischen Untersuchung nicht überschätzt werden dürfe, da die Entartungsreaktion in gleicher Weise auftrete, ob die Läsion in der motorischen Ganglienzelle oder im Nervenstamm sitzt.

Bei aller Aehnlichkeit mit den Typen primitiver Spinal- (und Cerebral-) Leiden zeichnen sich doch die entsprechenden Symptomenbilder in oder nach acuten Krankheiten durch gewisse Züge aus; so z. B. die spinale Ataxie von der regulären Tabes durch rapideres Auftreten, Fehlen der Augenmuskelstörungen u. A., gewisse Formen von cerebraler Störung mit paretischen Symptomen und psychischem Torpor von der classischen allgemeinen Paralyse durch die Acuität der Invasion, den raschen Verlauf und die häufige Heilung.

Für die *Prognose* gilt im Allgemeinen die Beobachtung, dass die Lähmungen in und nach acuten Krankheiten leichter der Reparation fähig sind, als die primären Formen, deren symptomatologischer Ausdruck sie sind; doch gibt es zahlreiche Localisationen, die an und für sich das Leben bedrohen (bulbäre) Formen, Lähmung des Diaphragma u. s. w.). In zweiter Linie ist immer die Convalescenz von einer schweren acuten Krankheit als prädisponirendes Moment für die Wirkung anderweitiger Lähmungsursachen zu betrachten.

Eine kurze Erörterung der *Therapie* zählt die gebräuchlichen Mittel und Methoden auf, ohne übrigens scharf individualisirte Indicationen aufzustellen.

Freilich dürfte die Therapie der Lähmungen nach acuten Krankheiten nur insofern von der genuiner paralytischer Affectionen sich unterscheiden, als bei den ersteren ein grösseres Gewicht auf die *allgemeine* (roborirende) Behandlung, als auf die locale directe, zu legen ist.

Neben einer ziemlich genauen Detailzeichnung der Krankheitsbilder tritt doch der leitende allgemeine Gedanke überall deutlich hervor in dem Streben des Verf., die Lähmungen in acuten Krankheiten als Wirkungen der Affinität der Krankheitsagentien auf bestimmte Provinzen des Nervensystems darzustellen und das vielfache Unbekannte auf dem Wege der Analogie aus bekannten anatomischen Thatsachen der Nervenpathologie zu erschliessen.

Wir haben zwar versucht, eine möglichst genaue Skizze des Buches zu geben, doch können wir nicht umhin, die Lectüre der Arbeit selbst zu empfehlen, sowohl des reichen und gut ausgewählten Details, als der manchfachen anregenden, wenn auch noch da und dort hypothetischen, Erörterungen wegen.

Eisenlohr (Hamburg).

---

262) **Seeligmüller**: „Hereditäre Ataxie mit Nystagmus."

(Arch. für Psych. Band X Heft 1.)

Die unter obiger Ueberschrift mitgetheilten Beobachtungen betreffen 2 Patienten, die aus einer neuro-psychopathisch stark belasteten Familie stammen, in der seit mehreren Generationen Inzucht stattgefunden und bereits eine Reihe von Familienglieder an nervösen oder psychischen Affectionen gelitten hatte. Beide Patienten zeigten von früh auf Hang zu Träumerei, Zerstreutheit und Vergesslichkeit conträre Sexualempfindung und Assymetrie beider Gesichtshälften. In der Pubertät traten bei ihnen die ersten Zeichen einer locomotorischen und statischen Ataxie ein, die indess nur sehr langsame Fortschritte machte. Gleichzeitig hatte sich Nystagmus entwickelt. Bei dem Mangel aller weiteren ätiologischen Momente glaubt Verf. die beiden letztgenannten Erscheinungen ebenfalls als auf hereditärer Basis entstandene ansehen zu dürfen, zu deren Entfaltung es nur noch des Anstosses der Pubertät bedurfte. Entgegen den Friedreich'schen Beobachtungen über diese Affektion zeichnen sich die beiden Fälle des Verf. durch das Fehlen der Sprachstörung und durch das Vorhandensein des Kniephänomens aus.

Reinhard (Dalldorf).

---

263) **C. Gerhardt:** „Zur Therapie der Erkrankungen des fünften Hirnnerven."

(Deutsch. Archiv. f. klin. Medicin, Band XXVI, Heft 1 und 2.)

Verf. konnte in einem Falle von sehr heftiger und hartnäckiger Quintusneuralgie, in der sich alle anderen Mittel als beinahe vollständig unwirksam erwiesen, durch *Compression der gleichseitigen Carotis sofort jede Spur von Schmerz beseitigen.* Leider konnte in diesem Falle die Compression nicht länger als einige Minuten angewandt werden, da sonst Ohnmacht eingetreten wäre. Die günstige Wirkung dieser Methode beruhte in diesem Falle höchstwahrscheinlich auf der Beseitigung eines durch die spätere Sektion nachgewiesenen entzündlich-hyperämischen Zustandes im Verlaufe des Nervenstammes und des Gasser'schen Ganglion's. Da ein derartiger Zustand nicht selten die Ursache einer Trigeminusneuralgie bilden dürfte, so ist die Compression der Carotis entsprechenden Falles als Heil- oder Linderungsmittel immerhin zu versuchen.

Sodann theilt Verf. zwei Fälle von Trigeminusneuralgie mit gleichzeitigem doppelseitigem reflectorischem Trismus mit. Klonische Krämpfe im Bereich der Facialisäste fehlten dagegen. Im ersten dieser beiden Fälle bestand neben der Neuralgie auch Anästhesie der nämlichen Gesichtshälfte. Hier ging das Nervenleiden

höchstwahrscheinlich von einem exacerbirenden chronischen Mittelohrkatarrh der entsprechenden Seite aus, während in dem anderen Falle eine akute Schleimhautentzündung in der Gegend des einen Kieferwinkels als ursächliches Moment angesehen werden muss. Beidemale war der Trismus auf der Seite der Neuralgie am stärksten ausgesprochen. *Galvanisation* mit 10, später mit 20 Elementen (1 Elektr. an den Process. mastoid. der schmerzhaften Seite, die andere auf die Schmerzpunkte im Gesicht) *beseitigte in beiden Fällen binnen 3—4 Tagen alle krankhaften Symptome.*

(Der 2. Fall ist indessen in letzterer Beziehung nicht recht beweisend, da gleichzeitig Bromkalium gereicht und mit Veratrin-Chloroform eingerieben wurde. Ref.) Reinhard (Dalldorf).

---

264) **Langhoff:** Ueber das Verhalten der Sensibilität bei Hysterie und Epilepsie.

(Inaugural-Dissertation Berlin 1880.)

Verf. hat seine Beobachtungen in der Charité unter Anregung Binswanger's gemacht.

Die Angaben französischer Autoren, besonders Charcot's dass *nach hysterischen Anfällen stets Anästhesie (totale oder halbseitige)* vorhanden sei, konnte er *nicht immer bestätigen, ebenso wenig* fand er eine *constante Wechselbeziehung zwischen Ovaralgie und Anästhesie Hysterischer*, wie Charcot behauptet.

Wo sich Anästhesie einstellte, war sie häufig halbseitig, zuweilen nur ganz oberflächlich, oft bestand die Tastempfindung daneben ganz intact fort.

In Uebereinstimmung mit Charcot constatirte Verf. bei allen diesen Fällen von Anästhesie Abnahme der Temperatur und der Blutfülle an der anästhetischen Stelle, manchmal auffallenden Schmerz in den anästhetischen Theilen (anesthésie douleureuse), und nicht selten neben der Anästhesie noch Hyperästhesie. Letztere betraf dann die entgegengesetzte Körperhälfte oder wechselte an einer und derselben Stelle mit der Anästhesie ab.

Bei der Untersuchung der Sensibilität Epileptischer galt es, das hysterische Element gänzlich auszuschliessen, weshalb Verf. diese Beobachtungen fast nur an männlichen Epileptischen anstellte. Auch wurden Kranke, bei welchen die Schmerzempfindung wegen hochgradigen Stumpfsinnes oder aus angeborenem Mangel vermindert war, natürlich gänzlich unberücksichtigt gelassen.

Hiernach fand Verf. *bei Epileptischen im prä- und postepileptischen Stupor resp. Irresein sowie im „epileptischen Aequivalent" in einer Anzahl von Fällen* einen totalen *Schwund* oder eine hochgradige *Herabsetzung der Hautempfindlichkeit* gegen schmerzerregende Eindrücke. Uebrigens kam dies Symptom bei dem nämlichen Individuum nicht immer vor. Ausserdem ergab sich zum Unterschied von der Hysterie nie halbseitige Anästhesie bei Epileptischen.

Verf. ist geneigt, dem Vorkommen von Anästhesie in Stuporzuständen oder Irresein einen differentiell-diagnostischen Werth zu vindiciren. Reinhard (Dalldorf).

---

265) **W. O. Leube** (Erlangen): „Beiträge zur Pathogenese und Symptomatologie der Chorea und zur Beurtheilung des Verhältnisses derselben zur Athetose."

(Deutsch. Arch f. Klin. Medicin XXV. Bd. 2. u. 3. Heft).

Unter dieser Ueberschrift theilt Verf. 2 Krankheitsfälle nesbt Epikrise mit, von denen der *erste* geeignet erscheint, die Bernhardt-Charcot'sche Auffassung von der nosologischen Zusammengehörigkeit der Athetose und Chorea — die bislang eigentlich nur von der symptomatischen Form behauptet wurde — zu stützen und zu erweitern.

Es handelt sich bei demselben nämlich um eine nach heftiger Erkältung enstandene „primitive" Athetose, die später in völlige Chorea überging. Da übrigens in diesem Falle neben den für die Athetose characteristischen langsamen regelmässigen Flexionen und Extensionen der Finger und Zehen und den entsprechend beschaffenen Pro- und Supinationen der oberen und Ab- und Adductionen der unteren Extremitäten noch ganz vereinzelte und höchst selten auftretende Zuckungen in verschiedenen Körpertheilen vorhanden waren, so ist derselbe freilich nicht als Hammond'sche Athetose sensu strictiori zu bezeichnen, er kann aber noch viel weniger zu dem Begriff „Chorea" gerechnet werden, da die Wirbelsäule auf Druck nicht empfindlich und weder Pupillenerweiterung noch psychische Störung zu constatiren war. Derselbe stellt vielcicht am zutreffendsten eine Art von Mittelform zwischen „primitiver" Athetose (nach Hammond) und „primitiver" Chorea dar, für welche Verf. bis auf Weiteres die Bezeichnung „athetoid" vorschlägt. Der Uebergang in complete Chorea war ziemlich brusk und fand ohne nachweisbare Ursache statt.

Jedenfalls beweist dieser Krankheitsfall so viel, dass in einem bestimmten Stadium der vulgären Chorea die Muskelbewegungen einen athetoiden Typus zeigen können, und spricht als solcher zu Gunsten der nahen Verwandtschaft beider Krankheiten."

Der *zweite* Fall bietet in Bezug auf die Pathogenese ein hohes Interesse dar, indem die Erkrankung hier in einem directen Zusammenhang mit einer kurz vorher erfolgten Verletzung der linken Hand durch Glassplitter zu stehen schien, da jeder Druck auf die frische Narbe „choreatische Reflexzuckungen" hervorrief. Im Uebrigen nahmen die spontanen Zuckungen im Verlauf der Krankkeit an Heftigkeit zu, der Leib wurde kahnförmig eingezogen, die Wirbelsäule empfindlich auf Druck, die geistigen Functionen gestört, die Sprache lallend, schliesslich trat Cyanose, Coma und Tod ein. Da hier (nach der Verletzung) auch Schmerzen im linken Handgelenk und Unterarm vorhanden waren, so lag es sehr nahe an eine Neuritis ascendens zu denken, der die Entstehung und Unterhaltung der Chorea zur Last gelegt werden musste. Bei der Sektion fand sich indess nur eine weitverbreitete und intensive Anämie der grauen Hirnsubstanz und eine mässige diffuse Endocarditis. Verf. ist daher geneigt, wie im ersten Falle, so auch hier Erkältung als Krankheitsursache zu betrachten, indem er bei der häufigen Coïncidenz von Gelenkrheumatismus, Endocarditis und Chorea auf ein unbe-

kanntes infektiöses Miasma recurrirt, das die genannten Vorgänge— im 1. Falle also auch die Athetose hervorrufen würde. Die Bahnen für dieses Miasma mussten demnach für Athetose und Chorea, wenn nicht dieselben, so doch innig benachbarte sein.

Reinhard (Dalldorf).

---

266) **Berger:** Hypnotische Zustände und ihre Genese.

(Bresl. ärztl. Ztschr. 1880 Nro. 10, 11, 12. Sep.-Abdr. 31 pag.)

Den bisher von B. und Anderen (S. d. Origin. Abhdg. von Grützner Centralbl. 1880 p. 185—195) auf dem Gebiete der „Hypnose“ resp. des „thierischen Magnetismus“ veröffentlichten Thatsachen fügt B. einige neue hinzu, um dann seine von seiner eigenen bisherigen Auffassung abweichende Ansicht über die Genese der betreffenden Erscheinungen darzulegen.

Was zunächst die neuen Thatsachen betrifft so gehören sie meist in die Categorie der reflectorisch erregten Krämpfe. — In allen Fällen, in denen überhaupt Krampferscheinungen und Nachahmungsbewegungen vorkommen, und zwar auch während des tiefsten hypnotischen Schlafzustandes, lassen sich durch wenige Striche unwillkürliche *Zungenbewegungen*, und zwar in derselben Richtung, in der die Striche ausgeführt werden (also z. B. krampfhaftes Herausstrecken bei Strichen in der Richtung von der Zungenwurzel nach der Spitze) hervorrufen.

Aehnliche krampfhafte *Bewegungen der Augen (conjugirte* Augenabweichungen bei Strichen an *einem* Auge in der gleichen Richtung wie die Striche, *Strabismus* bei Strichen, die an *beiden* Augen in verschiedenem Sinne ausgeführt werden) werden im hypnotischen Zustande beobachtet, können sich aber auch bei sehr erregbaren Personen ausserhalb desselben zeigen. Zu der Zwangsrichtung der Augen gesellt sich bei länger fortgesetzter Reizung in vielen Fällen auch eine entsprechende Deviation des Gesichts und bisweilen auch des Rumpfes. Erfolgte der Versuch ausserhalb der Hypnose, so pflegt diese alsdann rasch einzutreten.

Die genannten Zwangsbewegungen der Augen können auch durch in bestimmter Richtung einwirkende intensive *Gehörsreizung* herbeigeführt werden. Während der Dauer der Gehörsreizung erlahmen die Nachahmungsbewegungen.

Ferner bestätigt und erweitert B. die auch von Anderen — Richet, Heidenhain u. Grützner — gemachten Beobachtungen über Hervorrufen von *Hallucinationen* bei im Zustande der Hypnose Befindlichen, wobei gleichzeitig stattfindende Sinneseindrücke im Sinne des künstlich erregten Traumzustandes interpretirt werden.

In vielen Fällen ist während des Traumzustandes eine scheinbare *Erhöhung der intellectuellen Fähigkeit* vorhanden. Beim Erwachen besteht bei den Wenigsten ein absoluter Erinnerungsdefect, bei den Meisten eine anfangs dunklere, rasch deutlicher werdende Erinnerung an die einzelnen Traummomente; wiederholt sollen die künstlichen Hallucinationen in der dem Versuche folgenden Nacht als natürlicher Traum wiederschienen sein.

Den Skeptikern gegenüber führt B. u. A. einen Fall an, wo ein junges Mädchen während eines Zeitraums von 7 Stunden in einer ihr bei Beginn des experimentellen kataleptischen Zustandes gegebenen sehr unbequemen Haltung unbeweglich verharrte.

Eine bereits früher mitgetheilte Beobachtung an einer an Katalepsie leidenden Hysterischen (cf. Centralblatt 1880 Nro. 9. p. 176), bei welcher ganz wie bei einer experimentell kataleptisch Gemachten die „Nachahmungsautomatie" bestand, ergänzt B. dahin, dass bei derselben Kranken auch die sogenannte „Befehlsautomatie" constatirt wurde, sobald irgend ein Reiz auf irgend eine Hautstelle ausgeübt wurde. Aehnliches liess sich auch bei einer zweiten hysterisch Kataleptischen beobachten, doch gelingt das Experiment durchaus nicht in allen Fällen von hysterischer Katalepsie.

Auch in Betreff der Verwendung der hypnotisirenden Proceduren zu *therapeutischen Zwecken* hat Verf. interessante Beobachtungen gemacht. Zu einem Theil schliessen sich dieselben denen von H. Cohn über das zeitweise *Verschwinden von Farbenblindheit* an, indem B. fand, dass nicht nur Erwärmen eines Auges, sondern auch irgend eine intensive Hautreizung, besonders auch cutane Faradisation die Farbenblindheit schnell verschwinden macht. Ferner aber gelang es B., einen seit 14 Tagen bestehenden permanenten *Flexionskrampf* der Finger beider Hände bei einem 10 jährigen Mädchen durch centrifugale Striche an der Volarseite des Vorderarms zu beseitigen. Bei einem 28 jährigen Mädchen wurden heftige Paroxysmen von *Hystero-Epilepsie* wiederholt durch die experimentelle Katalepsie substituirt, und dadurch ein glänzender symptomatischer Erfolg erzielt. Auch überzeugte sich B. von der von Hannes beobachteten Beruhigung durch hypnotisirende Manipulationen in einem Fall von seit Wochen bestehender *maniakalischer Exaltation.*

In Betreff der *Genese* ist B. nun zu der Ueberzeugung gelangt, „dass ein bestimmter Causalnexus zwischen besonderen sogenann-„ten magnetischen Manipulationen als solchen, und bestimmten, da-„rauf zu Tage tretenden Symptomen, nicht nur sehr fragwürdig er-„scheint, sondern geradezu geleugnet werden muss." — „Nicht nur „der Zustand der allgemeinen Hypnose, mit allen seinen Detailer-„scheinungen, kann ohne jede äussere Einwirkung, einzig und al-„lein durch die auf diesen Zustand gerichtete Vorstellung herbeige-„führt werden, sondern auch eine ganze Serie der localen Symptome „wird durch die auf den bestimmten Körpertheil gelenkte Aufmerk-„samkeit mit derselben Präcision ausgelöst, als wenn gleichzeitig „die gebräuchlichen hypnotisirenden Methoden in Anwendung kom-„men; diese sämmtlich aber zerfallen in Nichts, bleiben ohne den ge-„ringsten Einfluss, sobald das psychische Moment in zuverlässiger „Weise ausgeschaltet wird."

B. hat nach der „neuen Methode", d. h. auf rein psychologischem Wege ausser sämmtlichen bekannten Erscheinungen (Krämpfe etc.) noch solche, die ihm sonst nicht gelungen waren, wie schlaffe *Lähmungen* der verschiedensten Art mit verschiedengradiger *Analgesie* erzielt, die verschiedensten sensorischen Functionen fast mo-

mentan sistirt. Sogar unter den nach den früheren Untersuchungen als immun, d. h. nicht für hypnotisirende Proceduren geeignet, anzusehenden Personen hat B. Solche gefunden, die ohne jede Verwerthung der bisher geübten Sinnesreize nur durch Erregung der Einbildungskraft in den hypnotischen Zustand versetzt werden konnten. Wir haben es also „bei der Genese der hypnotischem Zustände „mit einem Factor zu thun, der sich der naturwissenschaftlichen „Controle entzieht; die unbekannte Grösse des psychischen Moments „ist nicht zu eliminiren und somit die physiologische Lösung der „Frage an den Grenzmarken unserer Erkenntniss angelangt."

Schliesslich sucht B. die Ansicht zu entkräften, als ob der Wille der Hypnotisirten bei den Erscheinungen im Spiele wäre, während es umgekehrt sich um eine Hemmung des Willens durch die intensiv erregte Vorstellung handelt. Die Realität des hypnotischen Symptomencomplexes wird durch die B.'sche Ansicht der Genese desselben in keiner Weise erschüttert. „Von principieller Wichtig- „keit und unantastbar ist der in grösserer Ausdehnung als bisher ge- „führte Nachweis, dass auch bei zahlreichen gesunden Personen Zu- „stände herbeigeführt werden können, wie wir sie nur als pathologi- „sche centrale Innervationsstörungen, insbesondere bei der schweren „Hysterie zu beobachten Gelegenheit haben". . . . . Die moralische „Behandlung zahlreicher Nervenkranken scheint B. durch die hyp- „notischen Versuche in ein neues Stadium gerückt, sie muss in ge- „eigneten Fällen gewissermassen zur Methode erhoben werden.

Dehn (Hamburg).

---

267) **Jul. Jensen:** Jahresbericht über die Verwaltung der Ostpreuss. Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt Allenberg im Jahre 1. April 1879 bis 31. März 1880.

Dem Berichte entnehmen wir folgende bemerkenswerthe Einzelheiten:

Am 31. März 1879 betrug der Bestand in der

	Heilanstalt:			Pflegeanstalt:			überhaupt:		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
	79	69	148	176	186	362	255	255	510
Aufgenommen vom 1. April 1879 bis 31. März 1880	69	71	140	15	12	27	84	83	167
Mithin im Ganzen verpflegt	148	140	288	191	198	389	339	338	677
Davon versetzt aus der Heil- in die Pflege-Anstalt	—14	—12	—26	+14	+12	+26	—	—	—
Bleiben	134	128	262	205	210	415	339	338	677
Es gingen ab	64	47	111	21	17	38	85	64	149
Mithin Bestand am 31. März	70	81	151	184	193	377	254	274	528

Der niedrigste Krankenbestand war am	16. April 1879:	253 M.	255 Fr.	508 zus.
Der höchste dagegen am	29. Januar 1880:	265 „	279 „	544 „
	Differenz:	12 „	24 „	36 „

Die *Aufgenommenen* scheiden sich nach Krankheitsformen folgendermassen:

Aufgenommen unter den Erscheinungen von:	in der Heilanstalt M.	Fr.	zus.	in der Pflegeanstalt M.	Fr.	zus.	überhaupt: M.	Fr.	zus.
Melancholie	11	30	41	—	—	—	11	30	41
Tobsucht	17	19	36	—	—	—	17	19	36
Verrücktheit	6	7	13	1	3	4	7	10	17
Blödsinn	13	9	22	6	6	12	19	15	34
Idiotie	1	—	1	3	1	4	4	1	5
Blödsinn mit Lähmung .	19	3	22	3	—	3	22	3	25
Epilepsie mit Irrsinn . .	2	3	5	2	2	4	4	5	9
Zusammen	69	71	140	15	12	27	84	83	167

Da als wirklich genesungsfähig nur die Melancholischen und Tobsüchtigen gerechnet werden dürfen, sind von den 140 Aufnahmen in die Heilanstalt nur 77 oder 55% als heilbar zu erachten und zwar 40,6% der Männer- und 69% der Frauenaufnahmen. 45% oder fast die Hälfte der Aufnahmen hätte im Grunde nur Anrechte auf einen Platz in der Pflegeanstalt gehabt. Es gilt eben noch immer der Grundsatz, keinen Kranken, bei dem nach den ärztlichen Nachrichten noch irgend Anhaltepunkte für Hoffnung auf Wiedergenesung zu finden sind, von der Heilanstalt zurückzuweisen.

Von den Aufgenommenen waren 9 Männer und 5 Frauen bereits einmal, 2 Männer und 4 Frauen zweimal, ein Mann dreimal und je eine Frau vier- und sechsmal vorher in der Anstalt gewesen. Zwischen der letzten und der diesjährigen Aufnahme lag ein Zeitraum von

weniger als 1 Jahr	bei 1 Mann,	1 Frau,	zusammen 2.
von 1 bis 2 Jahren	„ 7 Männern,	5 Frauen,	„ 12.
„ 2 „ 3 „	„ 1 „	1 „	„ 2.
„ 3 „ 4 „	„ 1 „	— „	„ 1.
„ 4 „ 5 „	„ — „	2 „	„ 2.
„ 5 „	„ — „	1 „	„ 1.
„ 7 „ 8 „	„ 1 „	1 „	„ 2.
„ 10 „ „	„ 1 „	— „	„ 1.
	12 „	11 „	„ 23.

Doppelt aufgenommen ist im abgelaufenen Jahre kein Kranker.

Dem Alter nach vertheilen sich die Aufnahmen:

Alter	M.	Fr.	überh.	%	25jähr. Durchschnitt
es waren 15 bis 19 J. alt	8 M.,	5 Fr.,	überh. 13	= 7,8%	25jähr. Durchschnitt 9,0%
„ „ 20 „ 29 „	25	„ 30	„ „ 55	= 32,9%	„ „ 29,9%
„ „ 30 „ 39 „	24	„ 24	„ „ 48	= 28,7%	„ „ 29,4%
„ „ 40 „ 49 „	17	„ 11	„ „ 28	= 16,8%	„ „ 18,9%
„ „ 50 „ 59 „	6	„ 7	„ „ 13	= 7,8%	„ „ 8,8%
„ „ 60 „ 69 „	3	„ 3	„ „ 6	}	
„ „ 70 „ 79 „	1	„ 2	„ „ 3	} = 6,0%	„ „ 4,0%
„ „ 85 „ „	—	„ 1	„ „ 1	}	
Zusammen	84	„ 83	„ „ 167	= 100%	

Das Schwergewicht der Aufnahmen liegt diesmal in den zwanziger Lebensjahren, die um 3% den 25jährigen Durchschnitt überragen, daneben ist auch das Greisenalter um 2% mehr belastet. Das ausgleichende Minus vertheilt sich gleichmässig auf alle übrigen Altersklassen.

Nach Religion und Civilstand vertheilen sich die Aufgenommenen:

	unverh.		verh.		verw.		geschieden.		überhaupt.		Procent.	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
evangelisch	33	42	36	20	4	9	1	2	74	73	88,1	88,0
katholisch	5	2	1	1	—	1	—	—	6	4	7,1	4,8
mosaisch	3	3	1	2	—	1	—	—	4	6	4,8	7,2
Summa	41	47	38	23	4	11	1	2	84	83	100,0	100,0
Procent:	48,8	55,6	45,2	27,7	4,8	13,3	1,2	2,4	100	100		

Vergleichen wir diese Procentzahlen mit dem 25jährigen Durchschnitt:

	evangelisch:		katholisch:		mosaisch:	
	87 % M.	86,2 % Fr.	7 % M.	7,4 % Fr.	6 % M.	6,4 % Fr.
1879—80:	88,1 % „	88,0 % „	7,1 % „	4,8 % „	4,8 % „	7,2 % „
mehr weniger:	+1,1 % „	+1,8 % „	+0,1 % „	—2,6 % „	—1,2 % „	—0,8 % „

so überwiegen die Evangelischen gegenüber den Katholiken auf der Frauenseite und den Juden auf der Männerseite, während die katholischen Männer und die Jüdinnen ein kleines Plus aufweisen. Ebenso zeigt sich in Bezug auf den Civilstand:

	unverheirathet:		verheirathet:		verwittwet:		geschieden:	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M	Fr.
	62,5 %	55,7 %	34,3 %	31,3 %	2,2 %	10,4 %	1,0 %	2,6 %
1879—80:	48,8 %	56,6 %	45,2 %	27,7 %	4,8 %	13,3 %	1,2 %	2,4 %
mehr, weniger:	— 13,7 %	+0,9 %	+10,9 %	—3,6 %	+2,6 %	+2,9 %	+0,2 %	—0,2 %

ein ganz beträchtliches Minus der unverheiratheten Männer, das zum grössten Theil durch ein entsprechendes Plus der verheiratheten ausgeglichen wird. Den kleinern Theil gleichen die Wittwer und die Separirten aus. Die Frauen zeigen dagegen ein geringes Plus der unverheiratheten und verwittweten gegenüber dem Minus der verheiratheten und separirten.

Das Ueberwiegen der verheiratheten Männer unter den Aufnahmen dem 25jährigen Durchschnitt gegenüber, das bereits im vorigen Bericht hervortrat, (+ 10,1 %) erklärt sich wohl ungezwungen daraus, dass durch die Gesetzgebung des verflossenen Decenniums manche Ehehindernisse weggeräumt worden sind, die im grössten Theil der fünfundzwanzig Jahre, 1852—77, die Eheschliessung erschwerten, so dass heut zu Tage im Volke die Ehen häufiger und früher geschlossen werden können. Dadurch wächst der Bestand der Verheiratheten in den die meisten Aufnahmen liefernden Altersklassen (vom 20. bis 40. Lebensjahre) und folgerecht auch der Procentsatz der Verheiratheten unter den Aufnahmen. Wohl möglich aber auch, dass in manchen Fällen die leichtsinnig geschlossenen Ehen selbst mit ihren gemüthlich deprimirenden oder aufregenden Folgen, wie Nahrungssorgen, Zwistigkeiten etc. zum Ausbruch einer Geistesstörung besonders disponirend wirkten.

Erbliche Disposition zu Geitesstörungen war bei 25 (29,76 %) der aufgenommenen Männer und bei 26 (31,33 %) Frauen nachweisbar. Im Ganzen bei 30,54 % und zwar waren nervöse Störungen und Abnormitäten engeren und weiteren Sinnes, Selbstmorde etc. beobachtet worden bei Grosseltern, Eltern und deren Geschwistern unter den Männern 12 mal, den Frauen 12 mal. bei Geschwistern der Kranken unter den Männern 11 mal, den Frauen 13 mal, endlich bei Kindern der Kranken unter den Männern 2 mal, den Frauen 1 mal; un-

ter diesen 51 war ein Mann und eine Frau von geisteskranker Mutter unehelich geboren. Ausserdem war bei drei Männern und einer Frau Trunksucht in der Familie zu Hause, bei zwei Männern und einer Frau waren die Eltern blutsverwandt und zwei Mädchen waren unehelich geboren. Zwei Frauen kamen kurze Zeit, nachdem sie ihre Männer umgebracht hatten, in die Anstalt. Die eine war epileptisch, hatte ihren Mann vergiftet und ward ihre Krankheit in der Untersuchungshaft erkannt. Die andere hatte die That in der blinden Angst des acuten Deliriums begangen, kam auf frischer That in die Anstalt und erlag hier noch am Tage der Aufnahme ihrem Leiden. Ein Paralytiker war wegen Brandstiftung in Untersuchung gewesen und seiner Krankheit wegen freigesprochen worden.

Der *Abgang* vertheilt sich auf:

Genesene . .	25 M.,	21 Fr.,	überhaupt	46 = 30,9 %	gegen 27,8 %	1878—79
Gebesserte . .	15 „	11 „	„	26 = 17,4 %	„ 23,1 %	„
Ungeheilte . .	11 „	11 „	„	22 = 14,8 %	„ 16,8 %	„
Gestorben . .	34 „	21 „	„	55 = 36,9 %	„ 32,8 %	„
Zusammen .	85 „	64 „	„	149 = 100,0 %	„ 100,0 %	„

Gegen das Vorjahr ist die Zahl der Genesenen und gleichzeitig die der Gestorbenen gewachsen, während die Zahl der gebessert und ungeheilt Entlassenen geringer geworden ist. Die Gestorbenen betragen $8,_{12}$ % der Gesammtverpflegten, $10,_{4}$ % des durchschnittlichen Bestandes.

Die 46 **Genesenen** machen $37,_{4}$ % der 123 verpflegten heilbaren Kranken aus, gegen $32,_{5}$% des Jahres 1878—79.

Von ihnen waren vier Männer früher bereits einmal, zwei Frauen schon zweimal aus der Anstalt genesen entlassen. Seit der letzten Entlassung bis zur neuen Aufnahme war bei einem Mann 11 Monat, bei einem Mann 1 Jahr 5 Monat, bei einer Frau 1 Jahr 11 Monat, bei der zweiten Frau 5 Jahre 7 Monat, bei einem Mann 8 Jahre 9 Monat und beim letzten Mann endlich 10 Jahre 2 Monat vergangen.

Von den Genesenen befanden sich im Alter von:

					10jähr. Durchschnitt:
15—19 Jahren:	2 M.,	1 Fr.,	überhaupt	3 = 6,5%	11,8%
20—29 „	12 „	5 „	„	17 = 37,0%	42,0%
30—39 „	8 „	6 „	„	14 = 30,4%	22,9%
40—49 „	3 „	5 „	„	8 = 17,4%	12,9%
50—59 „	— „	4 „	„	4 = 8,7%	10,4% (üb. 50 J.)

Danach sind dem 10jährigen Durchschnitt gegenüber relativ viele Dreissiger und Vierziger und weniger Zehner, Zwanziger und Fünfziger gesund geworden, dabei ist aber zu erwägen, dass $2,_{1}$ % der in den zehn Jahren Genesenen über 60 Jahre alt waren, so dass die $8,_{7}$ % den dann noch bleibenden $8,_{3}$ % gegenüber in's Plus rücken. Nimmt man die Zwanziger und Dreissiger zusammen, so überwiegen die $67,_{4}$ % des abgelaufenen Jahres zwar den $64,_{9}$ % der zehn Jahre noch um etwas, erwägen wir aber, dass das Verhältniss dieser Altersklasse unter den Aufgenommenen, $61,_{6}$ % auch den 25jährigen Durchschnitt, $59,_{3}$ %, überschritten hat, so gleicht sich dies Verhältniss ziemlich aus.

Stellen wir diese Altersprocente der Genesenen der letzten 10

Jahren mit den weiter oben aufgeführten Altersprocenten der Aufnahmen aus 25 Jahren zusammen, so erhellt aus dem Plus und Minus dieser Procentzahlen gegen einander, die mehr oder weniger günstige Prognose, die ceteris paribus von den Kranken geboten wird, je nach dem Alter, in dem sie zur Aufnahme gelangten:

Es befanden sich im Alter:	von den Aufgenommenen:	von den Genesenen:	also von letztern:
bis zu 19 Jahren:	9,0 %	11,8 %	+ 2,8 %
von 20—29 „	29,9 %	42,0 %	+12,1 %
„ 30—39 „	29,4 %	22,9 %	— 6,5 %
„ 40—49 „	18,9 %	12,9 %	— 6,0 %
„ 50—59 „	8,8 %	8,8 %	— 0,5 %
über 60 „	4,0 %	2,1 %	— 1,9 %

Die Prognose ist also weitaus am günstigsten bei den in den Zwanzigern Aufgenommenen, noch immer günstig bei den jüngeren, am Ungünstigsten aber bei den Dreissigern und Vierzigern, denen gegenüber noch die in den fünfziger und ältern Lebensjahren Aufgenommenen eine bessere Prognose bieten. Wir irren wohl nicht, wenn wir diese Erscheinung auf jene unheimliche Krankheit zurückführen, die gerade im kräftigsten Lebensalter in der Fülle der Lebenskraft auftritt, die allgemeine fortschreitende Lähmung der Irren mit ihrem traurigen tödtlichen Verlauf.

Der Aufenthalt in der Anstalt hatte bei den Genesenen gedauert:

unter 3 Mon. u. zwar durchsch.	2 Mon. bei	9 M.,	2,5 bei	4 Fr.,	2,2 bei	13 Kr.
„ 6 „ „ „ „	4,8 „ „	10 „	4,2 „	7 „	4,27 „	17 „
„ 12 „ „ „ „	8,7 „ „	5 „	7,[illegible] „	5 „	7,8 „	10 „
über 12 „ „ „ „	13,9 „ „	1 „	20,7 „	5 „	19,5 „	6 „
Durchschnittlich	4,7 „ „	25 „	8,5 „	21 „	6,4 „	46 „

Die Krankheit selbst hatte bis zur Genesung gedauert:

unter 3 Mon. u. zwar durchsch.	2,8 Mon. bei	3 M.,	— bei	— Fr.,	2,2 bei	3 Kr.
„ 6 „ „ „	4,2 „ „	9 „	4,1 „	4 „	4,1 „	13 „
„ 12 „ „ „	7,9 „ „	9 „	9,1 „	9 „	8,5 „	18 „
„ 2 Jahr „ „	14,8 „ „	4 „	15,8 „	6 „	15,2 „	10 „
über 2 „ „ „	— „ „	— „	31,9 „	2 „	31,9 „	2 „
Durchschnittlich	6,9 „ „	25 „	12,2 „	21 „	9,8 „	46 „

Unter den Genesenen waren sieben Männer und fünf Frauen erblich belastet, in ihrer Familie waren bereits Geistesstörungen beobachtet worden. Einer von den sieben Männern war der bereits unter den Aufnahmen erwähnte uneheliche Sohn einer geisteskranken Mutter. Ausserdem sass der Vater eines achten genesenen Mannes im Zuchthaus.

Von den Genesenen hatten 7 Männer und 9 Frauen an Melancholie,
18 „ „ 12 „ an Tobsucht
gelitten; auf die Melancholiker kamen zwei Männer und drei Frauen auf die Tobsüchtigen die übrigen fünf Männer und zwei Frauen mit erblicher Belastung.

Das Hauptinteresse nahmen im abgelaufenen Jahre selbstverständlich die Bauten auf der Kolonie, oder wie die Kranken sich in ihrer den heimathlichen landwirthschaftlichen Anschauungen entnommenen Art ausdrücken, auf dem „Vorwerk" in Anspruch. Der ganze Bau kann allseitig nur als wohlgelungen bezeichnet werden. Die Scheune hat bereits im Herbst zur Aufnahme und im Winter

zum Ausdreschen der Ernte gedient und munter ertönte aus ihr der melodische Flegelklang der dreschenden Kranken, die schon bei der Ernte selbst durch ihren Eifer und ihre Lust an der Arbeit gezeigt hatten, wie sehr gerade diese Beschäftigung ihnen Freude macht. Bei der Feldbestellung sind diesmal auch die Frauen in grösserem Masse herangezogen worden und es war erfreulich, wie sich, zumal zum Kartoffelsetzen im Frühjahr eine Anzahl verblödeter kranker Frauen herzudrängten, die bis dahin zu keiner Arbeit bewogen werden konnten.

Die durch die Lust an Feld- und Landwirthschaft entfesselten Arbeitskräfte kamen, wie zu erwarten, auch der Winterarbeit zu gute.

In der Korbflechterei sind 110 Kohlenkörbe, 40 Gemüsekörbe, 12 Futterkiepen, 10 Brod- und ebensoviel Waschkörbe, 9 Flaschenkörbe und 1 Papierkorb neu gefertigt, während 29 Flaschenkörbe, 7 Brod-, 6 Wasch- und 2 Gemüsekörbe reparirt wurden. Die Strohflechterei, für die im Souterrain des Männersiechenhauses ein geräumiger freundlicher Raum neu eingerichtet worden ist, hat 12 lange Corridorläufer aus Stroh, 230 Strohmatten und einen grösseren Strohteppich abgeliefert. Der Buchbinder hat 83 neue Bände ein- und 32 ältere umgebunden.

Die Weberei auf der Frauenseite hat 1128 Meter Kleiderzeug 171 Meter Klunkerleinen, 38 Meter Halstücher und 30 Meter Nessel, zusammen 1367 Meter Zeuge fertig gestellt.

Von allen verpflegten Kranken haben 38% gearbeitet. Abstrahirt man aber von den Pensionären erster und zweiter Klasse und von den Urlaubstagen, so kommen

bei den M. III. Kl.	auf 75596	Verpflegungstage	36449	Arbeitstage oder	48,22%
„ „ Fr. „ „	„ 74632	„	37365	„ „	50,07%
Zusammen	auf 150228	„	73814	„ „	49,14%

In der Behandlung der Kranken ist nichts geändert worden Die Tobsüchtigen werden nach wie vor mit Bettlage behandelt, bei den Männern fast immer mit frappirendem Erfolg, auf der Frauenseite leider nicht in dem Grade, da hier der Trieb zum Reissen und Zerpflücken häufig einen Querstrich macht. Mehr scheint die Bettlage bei den Frauen in Fällen von ängstlich unruhiger Melancholie zu nützen. Zwangsmittel sind nach wie vor ausgeschlossen.

---

268) **Landenberger** (Stuttgart): Gutachten betreffend den Geisteszustand des des Mordes beschuldigten Johann Waibel von Kupferzell.

(Med. Corresp. Bl. d. Würtb. ärztlichen Vereins 1880 Nro. 13.)

Aus dem ausführlichen Gutachten über den 45jährigen Mörder Waibel, welcher in der Nacht vom 30. auf 31. December 1879 von der Familie seines Bruders Mann und Frau und 2 Kinder ermordete und zwei weitere Kinder lebensgefährlich verletzte, sei hier nur das Wichtigste erwähnt.

Die Anamnese aus der früheren Lebenszeit ergiebt einen in der Erziehung vernachlässigten, geistesschwachen Menschen mit schlechter moralischer Führung und ungenügenden Kenntnissen in der Schule sowohl als später auf seinem Handwerk. Vom Jahre

1858—1872 arbeitete er als Mühlenmacher überall herumziehend an den verschiedensten Orten, nirgends lange verweilend. Vom Jahre 1872—1878 lebte er in Oestereich ebenfalls von Stelle zu Stelle wandernd. Er wird überall als dem Trunk ergeben bezeichnet mit einem Hang zur Gewaltthätigkeit und ungeordnetem Lebenswandel. Vom Juni 1878 bis December 1879 war er vollkommen verschwunden und erst am 13. Debr. 1879 taucht er wieder in Mergentheim auf, wo er in Untersuchungs- u. Strafhaft war. Ein Zweifel an seiner geistigen Gesundheit war bis jetzt nicht aufgekommen.

Ueber den 14 Tage später begangenen 4 fachen Mord und die Körperverletzungen finden sich keine näheren Angaben und es scheint vom Verf. auf die näheren Umstände des Verbrechens für die Beurtheilung des Falles kein Werth gelegt zu werden.

Am Tage nach dem Mord benahm sich W. höchst auffällig: er fuhr nach einem benachbarten Ort mit der Pferdebahn, liess sich seinen Bart scheeren und während es so scheinen konnte, als wollte er sich dadurch der Verfolgung entziehen, lenkte er wenige Stunden darauf die Aufmerksamkeit auf sich, indem er sich neue Reitstiefel kaufte, sich bei dem Kauf derselben sehr sonderbar benahm, morgens um 9 Uhr in einer Wirthschaft ein Mittagessen bestellte und wieder fortging ohne etwas zu sagen, ehe dasselbe fertig war; dann ging er in eine 2. Wirthschaft, verlangte in barschem Ton Bier und Braten, sagte zur Kellnerin, er spreche 9 Sprachen und sei überall schon gewesen u. s. f.

Im Verhör und während der Haft machte er über sein Vorhaben und die Motive der That, die er am 3. Januar eingesteht, die widersprechendsten Angaben und wird am 4. Januar aufgeregt, zerstörungssüchtig und unfläthig in seinem Benehmen, weshalb er am 27. Jan. zur Beobachtung im Catharinen-Hospital Stuttgart untergebracht wurde.

Hier wurden an ihm zweierlei in 5—6tägigen Zwischenräumen sich gegenseitig ablösende Zustände von Aufregung einerseits und Ruhe und Depression andrerseits beobachtet. Während der Aufregung ist er schlaflos, in grosser motorischer Unruhe, zerstörungssüchtig, unreinlich, von krankhaft gehobenem Selbstgefühl und von grossem subjectivem Wohlbehagen beseelt. Dabei bestehen lebhafte Hallucinationen des Gesichts (er sieht seinen erschlagenen Bruder, bekommt Besuche u. s. w.) und des Gehörs (er hört die Engel musiciren, die Wachparade u. A.). Körperlich ist in diesem Stadium vermehrte Pulsfrequenz, geröthetes Gesicht, Pulsationen am Kopfe und vermehrte Salivation zu beobachten. Ueber den begangenen Mord macht er in dieser Zeit verschiedene, verworrene Angaben.

In dem Stadium der Ruhe ist er wortkarg, einsilbig, schwach und faul im Denken. Er ist müde, schläft viel, ist unzufrieden mit allem, was man ihm gibt. Körperlich fällt Blässe des Gesichts und Schädels auf, verminderte Pulsfrequenz. Dabei besteht fortdauernde Unklarheit und Verworrenheit neben beträchtlicher Gemüthsstumpfheit. Seine That gesteht er in diesem Zustande ein und wünscht gerichtet zu werden.

Diese Periodicität verliert sich allmälig und unter fortdauern-

der Aufregung und zunehmender Verworrenheit starb Waibel bei gleichzeitiger Abnahme seiner körperlichen Kräfte an allgemeiner Bronchitis und Hypostase der Lunge am 5. März.

Der Verdacht der Simulation konnte bei so zweifellosen Symptomen von geistiger Erkrankung nur durch die äusseren Umstände erweckt werden, indem es immerhin auffallend erschien, dass ein Mensch, der vorher nie für geisteskrank galt, nach seiner Verhaftung wegen eines schweren Verbrechens den eigenthümlichen Zustand darbot, wie er oben mitgetheilt wurde. Geht aber aus diesem Zustande selbst schon die jedenfalls schon lange bestehende geistige Verkehrtheit des W. hervor, so wird die Simulation ganz bestimmt ausgeschlossen „durch die vollkommene Cougruenz des in Benehmen, Mienen und Reden nebst Handlungen sich abspielenden Aeusseren mit dem der jeweilig herrschenden Verstimmung (heiteren oder traurigen) adaequaten Bewusstseinsinhalt."

Verf. nimmt die Form des circulären Irreseins an. Die Art des Wechsels der Gemüthszustände in so kurzen (5—6 tägigen) Zwichenräumen, das Stadium der Ruhe, welches als charakteristische Erschöpfung nach so grosser Aufregung geschildert wird, gibt jedoch der Vermuthung Raum, dass es sich um Aufregungszustände eines Verrückten handeln könnte, welche zu Anfang der verhältnissmässig kurzen Beobachtung bis zum Eintritt einer natürlichen Ermüdung, schliesslich ununterbrochen fortdauern. Auch die sehr sorgfältig aufgenommene, bei der Lebensweise des Kranken aber natürlicher Weise trotzdem lückenhafte Anamnese gibt keine ganz präcisen Anhaltspunkte zur Annahme eines circulären Irreseins, indem die ersten akuten Anfälle eines solchen, welche ohne tiefere und für Jedermann auffällige Bewusstseinsstörungen wohl kaum gedacht werden können, sich wohl weniger der Beobachtung der Umgebung des Kranken entzogen hätten, als eine allmälige Entwicklung von (primärer?) Verrücktheit, welche bei dem ungeordneten Leben des W. viel eher für den Laien latent verlaufen konnte.

Bei der Section, welcher Ref. anzuwohnen Gelegenheit hatte, fand sich der knöcherne Schädel stark verdickt, die Nähte verwachsen, die Sulci meningei tief, theilweise überbrückt. Arachnoidea stark milchig getrübt; Pia mater ödematös. Die Hirnwindungen sind abgeflacht und aneinander gepresst, die 2. Stirnwindung der linken Seite deutlich atrophisch. Hirnsubstanz sehr blutreich. Die Ventrikel etwas erweitert mit feinkörnigem Ependym. Die atheromatöse Arteria vertebralis dextra ist stark cylindrisch erweitert.

In der Brusthöhle finden sich die als Todesursache anzunehmenden Veränderungen in Form von allgemeiner Bronchitis und Hypostase der Lunge neben aneurysmatisch erweiterter, stark atheromatöser Aorta. In der Bauchhöhle fällt eine spitzwinklige Knickung des Colon transversum auf, deren Spitze bis zur Symphyse hinabreicht.

Der Befund bestätigt genügend die Annahme einer schon lange bestehenden Psychose. Engelhorn (Maulbronn).

III. Verschiedene Mittheilungen.

269) In Karlsruhe wird am 16. und 17. October der Verein südwestdeutscher Irrenärzte tagen. Geschäftsführer sind die Doctoren Fischer Vater und Sohn in Pforzheim. —

270) Aus Brüssel. Die Regierung hat die Errichtung von *Provincial-Irrenanstalten* in's Auge gefasst. Nach den bestehenden Gesetzen liegt die Sorge für die unbemittelten Geisteskranken der Gemeinde ob, zu der sie gehören, und nur wenn erwiesen ist, dass die Gemeinde selbst unbemittelt ist, hat die Provinz die Kosten zu bestreiten und auch der Staat soll in solchen Fällen aushelfen. Da nun die Irrenhäuser sich von Jahr zu Jahr immer mehr mit Kranken füllen, hat der Justizminister die Frage angeregt, ob es sich nicht empfehle, jeder Provinz eine derartige Anstalt zu errichten.

271) Aus Oesterreich. Docent Dr. Heinrich Obersteiner in Wien, unser hochverehrter Mitarbeiter ist zum Professor extra ordinarius ernannt worden. (Wir gratuliren herzlich. Red.) — Professor Dr. von Krafft-Ebing in Graz ist von der Direction der steyerm. Landes-Irrenanstalt in Feldhof bei Graz zurückgetreten.

IV. Brief an die Redaction.

Berlin, den 19. September 1880.

Hochgeehrter Herr Redacteur!

Die mir erst heute nach meiner Rückkehr zu Gesichte gekommene in Nr. 15. d. J. in Ihrem geschätzten Blatte abgedruckte Zuschrift des Herrn v. Watteville nöthigt mich zu meinem Bedauern, mich gegen das Missverständniss zu verwahren, als wenn es mir in den Sinn gekommen wäre, einen Unterschied der Werthschätzung deutscher und ausländischer Wissenschaft zu machen. Ich habe mich in meinem Artikel „Zur Galvanometerfrage in Nro. 12. d. J. nur gegen die Nöthigung ausgesprochen, eine auf fremden uns nicht geläufigen Einheiten basirte besondere elektrotherapeutische Stromstärkeneinheit einzuführen, während bereits aus uns vertrauten Werthen berechnete Massbestimmungen vorlagen. Da ich durch einen positiven Gegenvorschlag zu zeigen versucht habe, dass auch aus unsern Werthen, nach der von de Wattevile, wie ich gern anerkenne, zuerst entwickelten Idee sich eine Stromstärkeneinheit im Bedürfnissfalle gewinnen lässt, so hätte mich dies gegen den Vorwurf schützen sollen, dass ich mich im Prinzip gegen die Annahme einer Stromstärkeneinheit zu medizinischem Gebrauche erklärt hätte. Dagegen sind meine *sachlichen* Einwände gegen die *praktische* Eintragung irgend welcher Stromstärkeneinheiten in unsern Galvanometer zu medizinischem Gebrauch weder von Bernhardt in seinen Bemerkungen zu meinem Artikel in Nro. 12. d. J. noch von de Watteville widerlegt worden und halte ich dieselben vollkommen aufrecht.

Mit ausgezeichneter Hochachtung

Ihr ergebenster

E. Remak.

V. Neueste Literatur.

92) Seguin, Lunacy reform: the right of the insane to liberty. 8⁰ 10 pag. Newyork.
93) Bourneville u. Regnard, Iconographie photographique de de la Salpêtrière. T. 3. Fasc. 1—5 Av. 20 photogr. pet. 4. Paris, Delahaye.
94) Charcot, J. M., Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière. Rec. et pupl. p. Bourneville & Brissaud 2. fasc Av. fig. 8. Paris. Delahaye. Fr. 6.
95) Descosse, Des troubles nerveux locaux consécutifs aux arthrites. 8. Paris, Delahaye. Fr. 1½
96) Engelmann, Les hystéro névroses et leurs rapports avec l'hystéro-névrose menstruelle de l'estomac. 8. Paris, Delahaye.
97) Platz, Th., Die Heilpflege und Erziehung zurückgebliebener, schwachsinniger und idiotischer Kinder. 1. Lfg. 8. Leipzig, Richter's Verl.-Anst. M. 1. 20.
98) Raehlmann, E., Ueber d. neuropathologische Bedeutung d. Pupillenweite. M. 1 Holzschn. gr. 8. Leipzig, Breitkopf & H. M. — 75.
99) Regis, La folie à deux, ou folie instantanée. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 2.
100) Reynier, Les nerfs du coeur. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 3.
101) Richarz, Fr., Ueber Zeugung und Vererbung. gr. 8. Bonn, Strauss. M. 1. 20.
102) Rohden, A., Kurze Diätetik f. Nervenkranke, nebst e. Anh. üb. Oeynhausen und seine Bäder. 2. Aufl. 8. Oeynhausen, Essmann's Verl. M. 1. 25.
103) L. A. Qelques réflexions sur l'hypnotisme et le magnetisme. 8⁰ 36. pag. Paris Masson.
104) Schneider, G. H., Die psychologische Ursache der hypnotischen Erscheinungen. gr. 8. Leipzig, Abel. M. 1. 20.
105) Stricker, S., Studien üb. die Sprachvorstellungen. M. 3 Holzschn. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 3. —.
106) Unger, S., Histologische Untersuchungen der traumatischen Hirnentzündung, Mit 2 Tfln. Lex. 8. Wien, (Gerold's Sohn). M. 1. —.

VI. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 M. fr. Stat. 3) Halle a. Saale, Volontärarzt, 1200 M. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 1. October 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 5) Hildburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei fr. Stat. 6) Provinc.-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., fr. Stat. 7) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 8) Marsberg, Volontairarzt, kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 9) Ueckermünde in Pommern, 1) Assistenzarzt, 1000 M. und fr. Stat. 2) Vo-

lontairarzt, 600 M., fr. Stat. 10) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 M., fr. Stat. 11) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, sofort, 900 M., fr. Stat. 12) Wehnen (Oldenburg) Assistenzarzt. 13) Klingenmünster (bayr. Pfalz), Hülfsarzt, 1. October, 1000 M., fr. Stat. I. Classe. 14) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 M. freie Sation. 15) Göppingen (Dr. Landerer), Assistenzarzt, 1500 Mark freie Station. 16) Pforzheim, Hülfsarzt, 1200 M. und freie Station. 17) Erlangen, Assistenzarzt, 1080 M., freie Station in I. Classe. — 18) Grafenberg (Reg.- Bez. Düsseldorf), Volontairarzt, sofort; fr. Stat. 600 M. 19) Schussenried (Württemberg), Assistenzarzt, 1600 M. völlig fr. Stat. 20) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Erkelenz (Aachen), Eschwege (Cassel), Galdop (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Hünfeld (Kassel), Königsberger Kreis (Frankfurt a. Oder), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Osterode (Königsberg), Sensburg (Gumbinnen), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Ernannt. Dr. Hafner zum Directer des Fürstl. Landeshospitals (mit Irrenabtheilung) zu Sigmaringen. — Dr. Telke zu Bobersberg zum Physikus des Kreises Schroda. —

VII. Anzeigen.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. 1. November 1880. Nro. 21.

INHALT.

I. Originalien.

Zur Dehnung grosser Nervenstämme bei Tabes dorsalis.

Von Dr. A. ERLENMEYER.

Karl Langenbuch in Berlin war der erste, welcher im September 1879 bei einem Falle von Tabes dorsalis die Operation der Nervendehnung ausführte. Ihm folgte Professor Esmarch in Kiel mit dem zweiten. Ich reihe hiermit den dritten Fall an, der sich indessen durch die Stellung der Indication für die Operation wesentlich von jenen beiden ersten unterscheidet, und desshalb in diesem Sinne als ein *erster* Fall angesehen werden kann.

Die beiden genannten Autoren schritten zur Nervendehnung bei Tabes dorsalis nur aus jenem Grunde, der bis jetzt überhaupt für diese Operation allein bestimmend ist, nämlich um heftige,

auf das Verbreitungsgebiet eines bestimmten Nerven localisirte, durch kein anderes Mittel zu lindernde Schmerzen zu beseitigen. In beiden Fällen handelte es sich um die bekannten blitzartigen Schmerzen, welche der Tabes dorsalis eigenartig und für sie pathognomonisch sind. Langenbuch sagt*): „Die Schmerzen quälten den Patienten trotz aller angewandten Sedativa ausserordentlich und, als es gerade in dem linken Ischiadicus zu toben schien, schlug ich eine Dehnung dieser Nerven vor.“ Aus der leider nur sehr kurzen Mittheilung,**) die Esmarch in der ersten Sitzung (8. April 1880) auf dem VII. Chirurgen - Congress in Berlin bei einer Discussion über Nervendehung über den hier interessirenden Fall machte ist zu entnehmen, dass (die Diagnose Tabes dorsalis war von Prof. Quinke gestellt) die Schmerzen am heftigsten im unteren Arm tobten. Langenbuch dehnte die Stämme der Nervi Ischiadici und Crurales, Esmarch die Nerven in der Achselhöhle. Beide Operationen waren von eclatantem Erfolge begleitet, indem beide Kranke nach der Nervendehnung von ihren Schmerzen befreit waren. Langenbuch constatirte sofort nach der Operation „*vollständiges Verschwinden der Schmerzen im Bereiche der gedehnten Nerven*“. Esmarch beobachtete die höchst bemerkenswerthe Thatsache, dass nicht nur in dem Gebiete der gedehnten Armnerven, sondern auch in dem der nicht gedehnten Beinnerven die Schmerzen verschwanden.

Neben diesem erwarteten und auch vollständig eingetretenen Erfolge der Schmerzbeseitigung durch die Operation der Nervendehnung trat in beiden Fällen noch ein anderer Effect ein, der von keiner Seite vorausgesehen war, und der geeignet erscheinen dürfte, die Pathologie der Tabes dorsalis von einer bisher ungeahnten Seite zu beleuchten. *Ausser den Schmerzen verschwand nämlich auch in beiden Fällen nach der Operation die zuvor vorhandene Ataxie.* „Als der Patient — sagt Langenbuch — die ersten Gehversuche machte, äusserte er, dass er nun doch wieder wisse, was er unter den Füssen habe. Diese Versuche fielen Anfangs noch schwach aus, vervollkommneten sich indessen schnell, und nun liess sich auch die unerwartete Thatsache constatiren, dass die atactischen Erscheinungen ebenfalls vollständig verschwunden waren. Nachdem Patient seine Gehfähigkeit leidlich wiedererlangt, verliess er häuslicher Angelegenheiten halber das Krankenhaus. Kurz darauf hörte ich, dass er sich von neuem in ein anderes Krankenhaus habe aufnehmen lassen. Ich suchte ihn dort auf und fand ihn, frei von aller Ataxie und Sensibilitätsstörung in den Beinen ohne Stütze umhergehen. Seine Klagen bezogen sich nur auf Schwäche und Schmerzen in den Armen“. Esmarch giebt an: „das Resultat war ausgezeichnet, denn auch die Schmerzen in den Beinen und die Ataxie verschwanden.“

Eine Differenz beider Fälle ist nur darin zu finden, dass bei

---

*) Berl. Klin. Woch. 1879. 48. — Dieses Centralblatt 1879. 24.

**) Deutsch. Med. Wochensch. 1880. 19. — Dieses Centralblatt 1880. 10.

dem Langenbuch'schen Kranken der Erfolg bezüglich der Schmerzen sich nur auf den Bezirk der gedehnten Nerven erstreckte.

Die Fragen, welche sich über die Pathologie der Tabes dorsalis nach diesen merkwürdigen Thatsachen aufdrängen, sind folgende.

1. War in den beiden oben erwähnten Fällen der krankhafte Process, welcher den Symptomencomplex Tabes producirte, wirklich in den Hintersträngen des Rückenmarks localisirt, wohin er nach bis jetzt allgemein gültiger Ansicht verlegt werden muss?

2. Wenn diese Localisation angenommen wird, war der Process dann schon bis zur völligen Degeneration vorgeschritten, oder

3. Handelte es sich nur um die einleitenden Stadien des chronisch-entzündlichen Vorganges, die doch nach allgemein pathologischer Analogie als reparabele Ernährungsanomalien der nervösen Elemente aufgefasst werden müssen?

4. Endlich frage ich, ob nicht in den beiden Fällen eine Erkrankung peripherer Natur vorgelegen haben mag, welche jene, der Degeneration der Rückenmarks-Hinterstränge entsprechenden, Erscheinungen hervorgebracht hat?

Endgültig sind diese ausserordentlich wichtigen Zweifel nur durch die mikroskopische Untersuchung sicher zu stellen, die Herr Professor Westphal, in dessen Besitz sich — wie ich aus persönlicher Mittheilung weiss — das Rückenmark des inzwischen verstorbenen Patienten Langenbuch's befindet, wohl hoffentlich bald veröffentlichen wird. So weit man aus den klinischen Mittheilungen, welche Langenbuch über seinen Fall giebt, Schlüsse auf ein Stadium der Erkrankung ziehen kann, so scheint mir obgleich der Herr Verfasser sagt, dass der Kranke *vor einigen Monaten* mit den Erscheinungen der Tabes erkrankt war" doch alles zur Annahme hinzudrängen, dass wir es nicht mehr mit einem frischen Falle zu thun haben. Der ganze Symptomencomplex der Tabes war voll ausgebildet, und gerade dieser Umstand scheint mir der Voraussetzung zu widersprechen, dass eine Tabes dorsalis incipiens vorlag, denn wir sind gewohnt letztere klinisch dann anzunehmen, wenn einzelne Erscheinungen, von denen wir wissen, dass sie spät im Verlaufe der Erkrankung auftreten, noch nicht vorhanden, andere nur wenig deutlich ausgeprägt sind. In dem Falle von Langenbuch liegt das nun anders. Hier waren die blitzartigen Schmerzen in allen 4 Extremitäten vorhanden; das Romberg'sche Symptom war nachweisbar; Patellarsehnenreflex fehlte. Er sagt weiter, dass die Ataxie „voll ausgebildet" war, so, „dass der Patient sich beim Gehen die Pantoffeln von den Füssen schleuderte." Die Ataxie ist überhaupt kein Symptom erster Stadien bei der Tabes, worauf ich früher schon wiederholt hingewiesen habe,*) und wenn sie so entwickelt ist, wie hier angegeben, kann man in der Regel auf einen vorgeschrittenen Process schliessen. Auch die typische Sensibilitätsabnahme war in sehr erheblicher Weise ausgeprägt, und

*) Erlenmeyer, Ueber Tabes dorsalis, Corresp.-Bl. der Deutsch. Ges. für Psych. etc. 1877. 5. u. 6. — Ueber Tabes dorsalis incipiens. Corresp. der Schweizer Aerzte 1879, 1. 2.

zeigte eine Prägnanz, die im Beginne des Leidens noch nicht vorliegt; der Patient merkte nicht, dass er sich durch die Ataxie die Pantoffeln von den Füssen schleuderte, „und konnte nicht unterscheiden, ob und welche Stoffe er unter den Fusssohlen hatte." Weiter wird erwähnt eine „hochgradige Myosis," wohl jenes Symptom, welches nach Erb als spinale Myosis, oder Myosis mit reflectorischer Pupillenstarre bezeichnet wird. Nach meinen Beobachtungen kommt diese Erscheinung meist nur in vorgerückteren Stadien der Tabes zur Beobachtung, und ich habe seine Erwähnung bei meiner früheren Bearbeitung der Initialsymptome der Tabes aus diesem Grunde absichtlich unterlassen. Ich habe keinen Grund von dieser Ansicht abzugehen, da ich bis jetzt keinen Fall von früher Tabes mit Myosis und reflectorischer Pupillenstarre gesehen habe, und möchte auch gerade desshalb den Langenbuch'schen Fall als einen beginnenden nicht auffassen.*)

Wenn nun die klinische Symptomatologie dahin drängt, den Fall als einen vorgeschrittenen aufzufassen, also anzunehmen, dass der chronisch-entzündliche Process schon zur Degeneration geführt hat, dann muss der therapeutische Effect, welcher durch einen peripheren Eingriff fast momentan erzielt worden ist, geradezu in Erstaunen setzen. Oder aber es bleibt nichts übrig als die positive Beantwortung meiner letzten Frage, d. h. die Voraussetzung, dass es einen extramedullären, also peripheren Krankheitsprocess giebt, der dieselben Erscheinungen macht, die wir bisher nur von der Degeneration der Seitenstränge des Rückenmarkes producirt zu sehen gewohnt sind, und zwar einen Process, der relativ leicht in günstiger Weise zu beeinflussen ist. Was wir von pathologisch-anatomischen Kenntnissen zur Verfügung haben zur etwaigen Stütze dieser Annahme beschränkt sich auf folgendes: Wir wissen, dass die hinteren Wurzeln ausnahmslos bei allen älteren Fällen atrophirt erscheinen, und zwar bieten sie das Bild degenerativer Faseratrophie mit Bindegewebswucherung, während sie in früheren Stadien der Krankheit häufig normal befunden worden sind. Die Wurzeldegeneration der älteren Fälle rückt aber niemals in den Verlauf der sensiblen Nerven, nie über die Spinalganglien hinaus vor. Auch die peripheren Spinalnerven finden sich meist intact; nur in einem der Friedreich'schen Fälle fand sich im Ischiadicus Bindegewebsvermehrung und Abmagerung der Nervenfasern. Ob und in welcher Weise derartige Befunde mit den uns hier interessirenden Thatsachen in causalen Zusammenhang gebracht werden können, ist den ferneren Ermittelungen eingehender Studien überlassen. Jedenfalls können für die vorliegenden Fragen histologische Veränderungen kaum angenommen werden.

Auch die naheliegende Frage mag noch ausgesprochen werden, ob etwa nur die beiden Krankheitssymptome, welche durch die periphere Behandlung, die Nervendehnung, beseitigt wurden, näm-

*) Erb hat in der Hälfte von 71 Fällen (52%) dieses Symptom gesehen; darunter in je einem Falle von 1½, von 1 Jahr, von 8 und 6 Monaten, (Facultätsprogramm. Leipzig 1880. Centralbl. für Nervenheilk. 1880. 20.)

lich Schmerz und Ataxie auf peripherer Affection beruhen; ob dadurch etwa ein beide bedingender Zustand erhöhter Erregbarkeit im Nerven supponirt, und unser Verständniss der Ataxie überhaupt gefördert werden kann.

Wie nun auch die anatomische Entscheidung ausfallen mag, jedenfalls stehen wir vor einer höchst bemerkenswerthen, wichtigen Thatsache. Findet sich Hinterstrangdegeneration, so gilt es die Bahnen und den Modus klarzulegen, auf denen und wie ein so peripherer Eingriff derartige Erfolge herbeizuführen vermag, die doch dann ohne die Annahme gewisser histologischer Veränderung kaum gedacht werden können. Finden sich die Hinterstränge intact, dann werden wir hingedrängt, die klinischen Differential-Symptome aufzusuchen zwischen wirklich auf Hinterstrangdegeneration beruhender Tabes und einem *tabetiformen* Symptomencomplex, der nach obigen Fällen extramedullär angenommen werden muss.

Auf alle Fälle aber wird die Therapie der Tabes dorsalis in einer Weise bereichert, welche selbst die auf antisyphilitische Behandlung basirten, noch so gewagten Hoffnungen weit hinter sich zurück lässt. Ja es könnte sogar möglich sein, wenn sich gleiche Erfolge wiederholen, in analoger Weise gewisse Erkrankungen des Gehirns durch periphere Dehnung von Gehirnnerven günstig zu beeinflussen.

Wie dem aber auch sein mag, es scheint der Mühe werth, zunächst weitere Versuche in der angegebenen Richtung anzustellen und empirisches Material zusammenzutragen bevor die Erklärung leichter Hand auf den beliebten Packesel der vasomotorischen Nerven abgewälzt wird. Dass die Operation streng nach Lister ausgeführt werden muss, ist selbstverständlich.

Von dieser Ueberlegung ausgehend habe ich die Operation der Nervendehnung und zwar die doppelseitige Ischiadicusdehnung in der Incissura ischiadica bei einem alten Falle von Tabes dorsalis vorgenommen. Der Patient, dessen Krankengeschichte ich in folgendem mittheile, war über das Stadium der blitzartigen Schmerzen längst hinweg, und nur noch ganz selten, besonders bei feuchter Witterung und niedrigem Barometerstand empfand er leise Erinnerung an früheres Toben. Er befand sich schon längst in dem s. g. paralytischen Stadium der Tabes, konnte weder gehen noch stehen, hatte Blasenlähmung und alle anderen Erscheinungen der ausgebildeten Krankheit. Einzig und allein um die Ataxie zu beseitigen, ihm möglicherweise also die Fähigkeit des Gehens event. Stehens wieder zu verschaffen, schlug ich ihm die Operation vor. Mein Fall unterscheidet sich dadurch wesentlich von jenen Fällen Langenbuch's und Esmarch's, wie ich Eingangs dieser Arbeit hervorhob. Jene operirten um Schmerzen zu beseitigen; dabei ergab sich zufällig, dass mit den Schmerzen auch die Ataxie verschwand. Diesen zufälligen Befund griff ich auf und stellte ihn in meinem Falle als *alleinige* Operationsindication auf. —

Peter R. 39 Jahre alt, Eisenbahnbureaubeamter, stammt aus einer weder durch Blutsverwandtschaft noch psychisch-neurotische Erkrankung belasteten Familie. Wahrscheinlich hat er im Alter von $2^1/_2$ Jahren nach den Masern Poliomyelitis anterior acuta gehabt, er

konnte beim Ausbruch der Masern schon gehen, verlernte es aber später wieder für einige Jahre. Wegen schwacher Brust militairfrei. 1866 harter Schanker, Sublimatpillen, keine Inunctionscur, kein Jodkalium. Danach häufige Pollutionen. 1868 verheirathet; hat mehrere kräftige und gesunde Kinder. Keine gestorben, kein Abortus. Erkältungen, Durchnässungen etc. sind nicht vorgekommen, ebenso kein Fall auf den Rücken. Dagegen hebt er hervor, dass er einigemal bei grosser Kälte in starker Transpiration ohne Mantel von Bällen nach Hause gegangen sei. Sodann lege ich Werth auf seine Beschäftigung als Bureaubeamter; als solcher war er im Winter leicht Ueberhitzungen ausgesetzt, und diese sind nach meiner Meinung die Conditio sine qua non einer s. g. Erkältung. 1871 begann heftiger Rheumatismus anfallsweise aufzutreten; die Gelenke waren dabei nicht angeschwollen, die Schmerzen waren nicht dauernd, sondern durchschiessend, nur in den Beinen. Der Magen soll damals auch nicht immer in Ordnung gewesen sein. Jedenfalls handelt es sich hier um den Beginn der Tabes. 1872 begann eine mehrere Jahre dauerende Periode von abusus spirituosorum, in welcher der Pat. meist bis 20 Seidel Bier per Tag vertilgte. Während dieser Zeit nahmen die für Rheumatismus gehaltenen Schmerzen progressiv zu. Im Juli 1878 wurde die Ataxie manifest; im September desselben Jahres konnte Patient schon ohne Stock nicht mehr gehen. Am 3. September liess er sich in das evangel. Krankenhaus in Bonn aufnehmen. Hier wurde er galvanisirt, mit dem Glüheisen neben der Wirbelsäule gebrannt, und bekam Argent. nitr. Im Dezember 1878 trat Blasenlähmung ein. Viel Kopfschmerzen vom Nacken aus aufwärts strahlend, keine Bulbärerscheinungen. Arme und Hände blieben frei von Schmerzen. Am 25. Juni 1879 von Bonn entlassen, konnte er nicht mehr gehen, nicht mehr stehen. Bis zum November desselben Jahres that er nichts. Am 7. November stellte er sich mir zum erstenmale vor.

Status praesens. Mittelgrosser, blasser, magerer Mann; geschwollene Hals- und Inguinaldrüsen. Wird gefahren, und in mein Zimmer getragen. Bei einem Versuch ihn aufzustellen sinkt er in sich zusammen. Exquisite Ataxie der Beine, die colossal herumgeschleudert werden. Dieselben sind kalt, und zeigen eine ganz erhebliche Sensibilitätsabnahme. Druckkraft (gegen mein vorgestelltes Bein gemessen) minimal. Von dem Bewusstsein über die Lage der Beine ist keine Rede mehr. Patellarsehnenreflexe beiderseits erloschen. Die Pupillen sind mittelweit, reagiren auf Lichtreiz gar nicht, wohl accomodativ. Links Strabismus div. beim unbestimmten Sehen. Schmerzen in den Beinen sind gewöhnlich nicht vorhanden, pflegen aber bei feuchtem Wetter in geringer Intensität zu kommen. Der Urin läuft spontan ab.

Diagnose: Tabes lumbalis. *Prognose*: schlecht. *Therapie:* Mit Rücksicht auf die frühere Lues: Schmiercur und Jodkalium; ausserdem Galvanisation.

Patient erhielt den Winter 79/80 hindurch 260 Gramm Ung. Hydrarg. cin. eingerieben, nahm 230 Gramm Jodkalium und wurde fast täglich galvanisch behandelt. Im April 1880 glaubte er etwas

mehr Gefühl in den Beinen zu verspüren. Die Drüsen waren verschwunden, die Ernährung hatte sich etwas gehoben, sonst war ein Erfolg irgend welcher Art nicht nachzuweisen. Ich setzte nun mit aller Therapie aus, und schlug ihm die Nervendehnung vor, in die er einwilligte.

Am 22. Juni 1880 wurde von meinem Freunde Dr. Ferdinand Timme, Chirurg am Krankenhause des evangel. Stiftes zu St. Martin in Coblenz, in diesem Krankenhause die Dehnung des rechten Nervus Ischiadicus vorgenommen. Ich neigte zu der Ansicht möglichst central zu dehnen und bestimmte die Incissura ischiadica zum Operationsort. Der Patient wurde chloroformirt, die Operation geschah unter Carbolspray, der Verband und die Nachbehandlung waren streng antiseptisch. Hautschnitt in der Längsachse des Beines zwischen Trochanter und Tuber ischii, Auseinanderdrängen der Muskelfasern mit den Fingern geschah fast ohne Blutung. Wir fanden den Nerven ohne jedes Suchen in der Tiefe der Incissur; die Scheide wurde gespalten und als er dann unter Hülfe einer Sonde auf den Finger genommen. Der Nerv war platt, dünn, grau gefärbt; das Gefüge der einzelnen Bündel war gelockert. Auf dem Finger wurde der Nerv etwas in die Höhe gezogen und dann eine vollständige Drehung gemacht, so dass der Nerv die Schlingenwendung einer halben 8 vollführte; in dieser Stellung wurde er einige Minuten belassen. Wie man sich leicht durch Versuche mit einem Strick von entsprechender Dicke überzeugen kann, entspricht diese Procedur einer Dehnung von ungefähr 6—7 Cent. Die Wunde heilte per primam Intentionem.

Am 3. Juli nahmen wir die Dehnung des linken Ischiadicus an derselben Stelle in derselben Weise vor. Der linke Nerv war rund, kleinfingerdick, röthlich, dagegen war die Musculatur der Glutaei auf dieser Seite schlaffer und, was uns auffiel, auch nicht von gewöhnlich rother Farbe, sondern mehr schmutzig roth.

Bevor wir das linke Bein operirten untersuchten wir in Gegenwart des Herrn Collegen Dr. Rügenberg das rechte. Bezüglich Sensibilität, Ataxie, Patellar-Sehnenreflexe fanden wir den Status quo; dagegen konnten wir eine ganz erhebliche Zunahme der Kraft in dem Beine constatiren, gegen die das nicht operirte linke Bein bedeutend abstach. Beim Anstemmen gegen mein ihm vorgestelltes Bein — Patient sass — konnte sich das linke des Patienten kaum an dem meinen halten und, wenn dies gelang, nur einen minimalen Druck ausüben; das rechte dagegen drückte sich ohne Weiteres fest gegen mein Bein, und übte einen solchen Druck gegen mich aus, dass ich nicht stehen bleiben konnte. Die beiden anderen Collegen constatirten dies Verhalten wiederholt an ihrer Person; wir wurden alle von dem Patienten durch Treten seines rechten Beines aus unserer Stellung weggedrückt. Der Versuch den Patienten mit unserer Unterstützung aufzustellen misslang. Gerade bei diesem letzten Versuch zeigten sich die Schlenderbewegungen des rechten Beines in gleicher Ausgiebigkeit wie früher, während mir bei dem Druckversuche in Sitzstellung des Patienten die Ataxie des rechten Beines etwas vermindert erschien; das rechte Bein konnte

sich leichter an dem vorgehaltenen Beine fixiren, während das linke gerade wegen der atactischen Bewegungen dies nicht fertig brachte.

Trotzdem die zweite Operation unter Carbolspray vorgenommen und bei Vernähung und Verband alle antiseptischen Cautelen streng beachtet wurden trat nach einigen Tagen Fieber ein, das, wie die Verbandabnahme ergab, seinen Grund in einem Erysipel der Wunde hatte. Dieses war aller Wahrscheinlichkeit nach entstanden durch Imprägnation des Verbandes mit Koth. Wir hatten diese Gefahr für die nahe Wunde und den Verband schon das erstemal vorgesehen, und für gehörigen Schutz durch Salicylwatte gesorgt; das zweitemal sollten wir nicht so glücklich sein wie bei der ersten Operation. Drei Wochen lang fieberte der Kranke (Abends bis 40° C.); es war das Erysipel auch auf die erste, schon vernarbte Wunde übergegangen, wodurch diese sich theilweise wieder öffnete. Mitte August war alles verheilt. Eine am 16. August vorgenommene Prüfung des linken Beines ergab auch in diesem eben solche Kraftzunahme, wie wir sie früher schon an dem rechten Bein constatirt hatten. Patient war jezt ebenso mit dem linken Bein im Stande einen vor ihm Stehenden durch Anstemmen des Beines wegzudrücken, wie er es mit dem rechten Beine seit der Dehnung vermochte. Sensibilität und Patellarreflex waren beide wie früher vermindert und verschwunden. Bezüglich der Ataxie ergab sich ebenso derselbe Befund wie an dem rechten Bein; in Sitzstellung des Patienten zeigten die Bewegungen des Beines weniger Schleudern, dagegen trat dies, wenn er aufgehoben wurde, in ganz colossaler Weise, ebenso wie vor der Operation, auf. Selbständiges Stehen war unmöglich, dagegen konnte er, durch Hülfe an die Wand gestellt, jetzt ohne Hülfe stehen bleiben, was er früher nie fertig brachte — doch auch ein Beweis vermehrter Kraft. Die, ohnehin nie heftigen Schmerzen, sollen ganz verschwunden sein.

Aus dieser Krankheitsbeschreibung ergiebt sich, dass der erwartete Erfolg der Operation nicht eingetreten ist. Alle Symptome der Krankheit blieben bestehen und nur eine gewisse, allerdings erhebliche Kraftzunahme der beiden Beine liess sich nach der Dehnung jedes Ischiadicus jederseits constatiren. Dass der Patient, aufgerichtet und an die Wand gestellt, ohne weitere Unterstützung als die der Rückenanlehnung stehen kann, ist zwar auch ein Erfolg der Operation, indessen doch nicht der beabsichtigte, da er die Fähigkeit des Stehens durch das Schwinden der Ataxie wiedererlangen sollte. Dadurch, dass die letztere persistirt, der Patient also Gleichgewichtsschwankungen nicht vorbeugen, resp. nicht ausgleichen kann, empfindet er das Stehvermögen als einen sein Dasein verbesserenden Erfolg nicht.

An welchen Ursachen mag es nun gelegen haben, dass in meinem Falle nicht derselbe Effect eingetreten ist, der sich in den Fällen Langenbuch's und Esmarch's zeigte? Auf diese Frage können zwei Anworten gegeben werden. Entweder liegt die Ursache des Misslingens in dem ungünstigen, trotz aller Vorsicht nicht vermiedenen, mit hohem Fieber complicirten Heilungsverlaufe, oder sie liegt darin, dass die Ischiadici zu wenig kräftig gedehnt wurden. Ich

bin geneigt die letzte Annahme als die allein richtige anzunehmen und zwar aus folgenden Gründen.

An dem rechten Beine, dessen Ischiadicus zuerst gedehnt wurde, und dessen Operationswunde per primam und ohne Fiebererscheinung verheilten, wurde vor der Operation des anderen Beines eine ganz bedeutende Kraftzunahme constatirt, wie oben näher angegeben ist; mit dem linken Bein, welches noch nicht operirt war, konnte der Patient zu derselben Zeit diese Leistung nicht im entferntesten ausführen. Dies, und die Thatsache, dass Patient vor der Operation auch mit dem rechten Bein keinen kräftigen Druck ausüben konnte enthält den Beweis, dass diese Kraftzunahme einzig und allein durch die Dehnung des Ischiadicus erzielt worden ist. Nun wurde das linke Bein operirt; es tritt Erysipel ein, die Narbe der schon geschlossenen ersten Operationswunde bricht wieder auf, Patient hat 3 Wochen lang Fieber bis zu 40° C. Hätte dies Moment einen Einfluss auf das Misslingen der Operation ausgeübt, so hätte entweder nach dem Nachlasse des Fiebers und vollständigem Zu- und Wiederverheilen der Wunden der gewonnene Kraftzuwachs im rechten Bein verschwunden oder doch vermindert sein müssen, oder aber es wäre in dem linken Beine keine Veränderung vor sich gegangen, und eine Steigerung der Druckkraft nicht eingetreten. Beides war nicht der Fall; in dem ersteren Verhältnisse wurde nichts geändert und bei dem zweiten Beine steigerte sich das Druckvermögen erheblich. Meine Annahme, die Nerven seien zu wenig, nicht kräftig oder nicht lange genug gedehnt worden, und es hätte sich bei stärkerer und zeitlich länger fortgesetzten Dehnung ein voller Erfolg erzielen lassen, ist darum berechtigt, weil durch die Dehnung überhaupt ein Erfolg, wenn auch nicht der erwartete und ein unvollkommener herbeigeführt worden ist. Hätte die Dehnung der Nerven auf ihre Innervation gar keinen Einfluss gehabt, so wäre eben auch in Bezug auf die Kraftäusserung, die ja doch, abgesehen von dem Muskelquerschnitt, von der Innervation abhängig ist, alles beim alten geblieben. Gerade aber, weil sich hierin eine Aufbesserung eingestellt hat, glaube ich der Nervendehnung die Ursache derselben zuschreiben zu müssen und glaube ferner, dass wir noch mehr erreicht hätten bei stärkerer Dehnung. Einmal hatten wir aber, besonders bei dem ersten dünnen, abgeplatteten, atrophisch erscheinenden Ischiadicus nicht den Muth zu stärkerer Dehnung, weil wir ein Durchreissen vermeiden wollten, dann aber glaubte ich auch nach einer mir von sehr erfahrener Seite gewordenen Mittheilung genug gethan zu haben, wenn ich den Nerven mit dem untergeschobenen Finger herum drehen, also eine Schlinge beschreiben liess, die einer Dehnung um 6 - 7 Centimeter entspricht.

Wenn ich aus der vorstehend mitgetheilten und besprochenen Krankheitsgeschichte und aus den beiden herangezogenen Arbeiten von Langenbuch und Esmarch einen Schluss ziehen soll, so ist es der, dass man berechtigt, ja gehalten ist, weitere therapeutische Versuche mit Dehnung grosser Nervenstämme bei Tabes dorsalis anzustellen. Es folgt dies aus den vollkommenen Erfolgen jener beiden Fälle und aus dem theilweisen des meinigen. Jeden-

falls aber betone ich, dass man stärker und auch länger dehne als ich es gethan habe.

Mir scheint, dass gerade über den letzten Punkt von den Chirurgen noch eingehendere Studien angestellt werden müssten, damit ein sicherer Maassstab an die Hand gegeben werde, wie man dehnen soll. Ich weiss, dass Belastungsversuche an Leichen gemacht sind um die Tragfähigkeit der Nerven kennen zu lernen, ich bin aber der Ansicht, dass diese Resultate nicht für die Verhältnisse am Lebenden zu verwerthen sind. Abgesehen von allen anderen denkbaren Differenzen zwischen dem lebenden, pathologisch veränderten und dem todten Nerven liegt, die Hauptsache nicht darin, zu wissen, bei welcher Gewichtsbelastung der Nerv entzweireisst — und das ist durch die Leichenversuche hauptsächlich festgestellt worden —, sondern in der genauen Kenntniss jenes Maasses mittlerer Belastung, bei welcher ein bestimmter therapeutischer Effect eintritt. Es sollten daher bei allen Nervendehnungen breite Bänder unter die Nerven gezogen und diese mit Gewichten belastet werden. Das Gewicht und die Zeit der Einwirkung sollten dann zugleich mit den erzielten Erfolgen zur Publication gelangen. Oder aber, wenn man die Dehnung durch Schlingenbildung vorzieht, sollte man die Länge der Schlinge bestimmen und angeben wie lange Zeit sie gehalten wurde. Auf die Weise werden bestimmte Normen geschaffen, nach denen in jedem einzelnen Falle verfahren werden kann.

Ob es sich empfiehlt immer in der Incissura ischiadica zu dehnen möchte ich wegen der Nähe des Anus, und der nur schwer zu vermeidenden Gefahr der Infection durch Inprägnirung des Verbandes mit Kothbestandtheilen dahin gestellt sein lassen. Die Operation an und für sich ist an dieser Stelle ausserordentlich einfach und gefahrlos, doch ist auch der Umstand zu berücksichtigen, dass der Operirte auf dem Bauche oder einer Seite liegen muss, was sehr lästig und kaum auf längere Zeit erträglich ist.

Ueber den besten Zeitpunkt zur Operation möchte ich mich dahin äusseren, das man am Besten möglichst frühzeitig dehne. Mag der Sitz der Krankheit sein wo er wolle, und mag die Einwirkung der Nervendehnung erklärt werden, wie immer es beliebt, jedenfalls kann die Beseitigung in Entwicklung begriffener pathologischer Processe mit mehr Recht vorausgesetzt werden als solcher, bei welchen schon histologische Elemente zerstört sind. Das Principiis obsta macht auch hier sein Recht geltend.

Ich kann diese kleine Arbeit nicht schliessen, ohne meinem lieben Freunde Dr. Ferdinand Timme in Coblenz meinen herzlichsten Dank abzustatten für die grosse Unterstützung, die er mir bei der Behandlung des Kranken hat angedeihen lassen. Nicht nur dass er mit anerkannter Geschicklichkeit die beiden Operationen ausgeführt hat, auch dass er mit grösster Umsicht die durch hohes, langdauerndes Fieber stark complicirte Nachbehandlung so sicher und glücklich geleitet, verdient meinen aufrichtigsten Dank.

II. Referate.

273) **Ladislaus Pollák** (Grosswardein): Ein Fall von angeborener spastischer Spinalparalyse und beiderseitiger Athetose.

(Berl. klin. Wochenschrift 1880. Nro. 29.)

Der erste der beiden hier mitgetheilten Fälle betrifft einen Knaben von 12 Jahren, von gesunden Eltern stammend; derselbe kam mit einer progressiv zunehmenden Parese und Paralyse der Extremitäten und der Rumpf-Musculatur zur Welt. Körperliche und geistige Entwicklung des Kindes gut, vegetative Functionen normal. Die willkürliche Actions-Unfähigkeit blieb unverändert, dieselbe bis zu seinem 12. Jahre, in welchem er in's Hospital kam. Im 2. Lebensjahre wurden Zuckungen und krampfartige Zusammenziehungen in den Beinen mit Spannungen und Verhärtungen der ergriffenen Muskelpartien beobachtet. Die anfangs seltneren Contractionen nahmen immer mehr zu, die Steifheit der Extremitäten wurden anhaltender; die Dejectionen konnten lange zurückgehalten werden, ein Beweis, dass die Sphincteren unter der Herrschaft des Willens standen. Die bis zum Starrkrampf gesteigerten Anfälle begannen mit fibrillären, oscillirenden Muskelzuckungen an den unteren Extremitäten, dehnten sich auf die oberen aus und endeten mit Adduction und Streckung aller Extremitäten gegen den Rumpf, indem eine förmliche Zusammenballung des Körpers in der Richtung nach rückwärts erfolgte. Sensibilität intact, keine Muskelatrophie, electro-cutane und musculäre Contractilität ziemlich gut erhalten. Reflexe auf cutane Reize zuweilen heftig, meistens aber nur durch starkes Kitzeln auszulösen. Sehnenreflexe erhöht; nach ihrem Hervorrufen traten schnell die erwähnten Anfälle auf. Nach längeren Insulten Hyperidrosis bilateralis, quälender Durst. Dargereicht wurden grosse Dosen Narcotica. Kein Druckfleck, kein Decubitus; plötzlicher Tod durch intercurrirende Pneumonie nach 2 monatlicher Beobachtung im Spital. Section nicht gestattet. Verf. ist geneigt, den Fall als Beweis für die von Erb als spastische Spinalparalyse beschriebene Sclerose der Seitenstränge, speciell der Pyramidenseitenstrangbahnen Flechsig's aufzuführen und als angeborene Bildungshemmung gewisser Abschnitte des Rückenmarks mit Erb zu bezeichnen.

Der zweite Fall betraf einen Patienten, der von epileptischer Familie abstammt und im 18. Lebensjahre einen Sturz erlitt und in Folge des Schreckens und der erlittenen Contusion und den mit contracturirendem Narbengewebe verheilten Unterschenkelwunden bald darauf an beiden Füssen fibrilläre Zuckungen und namentlich Zittern der Zehen bekam, welches 5 Jahre lang stetig zunahm. In jeder Lage und im Schlafe werden die nicht beabsichtigten Bewegungen an beiden Füssen bemerkt, die dennoch den Charakter der Coordination hatten und nur in planloser und unzweckmässiger Reihenfolge vor sich gingen. Der Kranke isst und trinkt, wie ein Choreatischer, hebt Gegenstände etc.; bei nicht fixirter Aufmerksam-

keit aber beginnen die Zuckungen, welche abwechselnd in Ab- und Adduction, Pro- und Supination, Spannung, Streckung und Beugung der einzelnen Finger und Zehen bestehen. Muskelkraft gut, Muskelgefühl und Muskelsinn intact. Hautsensibilität normal. Vermehrtes Durstgefühl. Der Fall wird als Hammond'sche Athetosis aufgefasst, unterschieden von Chorea durch die beiderseitige correcte Ausführung aller gewollten Bewegungen.

Goldstein (Aachen).

---

274) **Fr. Schultze** (Heidelberg): Zur Casuistik der Kleinhirnschenkelerkrankungen.

(Berl. kl. Wochenschrift 1880 Nro. 31.)

Ein Knabe von 7 Jahren stiess sich einen spitzen Holzstab in die l. Orbitalhöhle. Exophthalmus, Retinitis des l. Auges und Eiterung in der Wunde entstand. Wunde heilt und Augensymptome gehen nach Verlauf einiger Monate zurück. Später tritt Kopfweh links auf. Verf. constatirte Blässe, Abmagerung, Fieber, links Pupille enger als rechts. Nausea, Erbrechen, endlich starre Pupillen. Anfall von Convulsionen, Irregularität und Verlangsamung des Pulses, manchmal irreguläre Augenstellung in Form eines Strabismus divergens. Später nach zeitweiliger Besserung erneutes Fieber, rechtsseitige Facialislähmung, auch der Abducens scheint gelähmt. Ophthalmoscopisch wird eine Neuritis descendens ni. optici links constatirt. 10 Monate nach Einwirkung des Trauma Tod, vorher völlige Augenstarre, Somnolenz, Stokes'sches Phaenomen, Schlinglähmung Incontinentia urinae.

Diagnose: Hirnabscess im linken Stirnlappen, ausserdem wahrscheinlich circumscripte Meningitis basilaris. Die Autopsie ergab das letztere und auch einen Abscess, aber im rechten Kleinhirnschenkel. Der Boden des 4. Ventrikels vorgewölbt und aufgetrieben durch einen Abscess, welcher den Kleinhirnschenkel durchsetzte und bis an den Ventrikel reichte. In der Nähe der linken Fissura orbitalis inf., an der Spitze des Felsenbeins Verdichtung des Periostes, etwas Eiter.

Am gehärteten Praeparate sieht man, dass eine dicke, bindegewebige Schwarte den ganzen Pons bedeckt, vorn bis an den hinteren Schenkel des Chiasma, hinten bis 2 Ctm. unterhalb der Furche zwischen Pons und Medulla oblongata reichend, seitwärts beiderseits in die Furche zwischen Brücke und verlängertem Mark einerseits und Kleinhirn anderseits sich erstreckend. Pia unregelmässig verdickt mit Herden von käsig eingetrocknetem Eiter. An zwei Stellen Eiterherde; der eine liegt gegenüber der rechten Hälfte des Pons in der Höhe des Austrittes des Trigeminus, der zweite liegt gegenüber dem Pyramidentheil der rechten Hälfte der oblongata, die Pyramide stark comprimirend. Rechts sind Facialis und Acusticus innig mit der meningitischen Schwarte verwachsen, beide Trigemini und Abducentes in ihr eingebettet; rechter nerv. opticus etwas dicker als linker.

Im Pons auf der linken Seite in der Höhe der unteren Zweihügelpaare liegen einige kleine Abscesse. Schneidet man den Pedunc. pont. ad cerebell. rechterseits quer durch, so erscheint er grösstentheils von einem Abscesse durchsetzt, unmittelbar zusammenhängend mit jenem Abscess, der äusserlich durch die Vortreibung eines Theiles des Ependyms des 4. Ventrikels sich geltend machte. Der Abscess liegt wesentlich im rechten mittleren Kleinhirnschenkel und hat etwa 0,7—0,8 Ctm. in allen Durchmessern ist ohne bindegewebige Grenzmembran.

Der Fall lehrt, dass Herde im mittleren Kleinhirnschenkel keinerlei specifische, klinische Symptome zu zeigen brauchen, da Zwangslagen und Zwangsbewegungen fehlten. Auf die Basilarmeningitis ist die finale Facialislähmung und die Opticusaffection zu beziehen.

Goldstein (Aachen).

---

275) **Paul Jul. Möbius** (Leipzig): Ueber die schmerzstillende Wirkung der Electricität.

(Berl. klin. Wochenschrift 1880 Nro. 35.)

In Vortragsform behandelt Verf. das Capitel der directen, schmerzstillenden, symptomatischen Wirkung der Electricität. Früher ist nur immer nebenher davon die Rede gewesen, nur Vivian Poore hat sie in einem kurzen Vortrage zum Gegenstand der Darstellung gemacht. Nicht nur bei Neuralgie, sondern auch bei Pseudoneuralgien, welche bei Entzündung resp. Compression der Nerven oder Nervenwurzeln entstehen, versagt der electr. Strom seine Hilfe nicht. So z. B. bei Caries der Wirbel, bei rheumatischer Spinalmeningitis, bei Phthisis. Folgen einige Beispiele. Weiter sind Erfolge zu verzeichnen bei schmerzhaften Affectionen der Muskeln und Gelenke. Selbstbeobachtung Brenner's bei Gelenkrheuma, wo die neuralgischen, ausstrahlenden Schmerzen auf Electricität schwanden, während die entzündlichen Schmerzen und die Entzündung selbst bestehen blieb. Ferner sind Gegenstand der lindernden Wirkung des Stromes die durch Caries verursachten Zahnschmerzen, ausstrahlende Schmerzen bei uteruskranken Frauen. Nicht wie Chloroform, nicht wie Morphium wirkt die Electricität. Sie ist nur wirksam in einer beschränkten Anzahl von Fällen, welche neuralgischen Charakter haben, ein für den Schmerz allerdings schwer zu bestimmender Begriff. Nimmt man aber einen eigenthümlichen, neuralgischen Schmerz an, so ist dessen Ursache in einer eigenthümlichen Veränderung der sensibeln Nerven oder Centralorgane zu suchen; diese „Veränderung" nennt Verf. die neuralgische, welche nicht mit der entzündlichen identisch und die näher nicht zu definiren ist. Diese neuralgische Veränderung nun, die mit oder ohne Entzündung auftreten kann, wird durch die Electricität beseitigt. Der galv. Strom dient dann als therapeutisches und diagnostisches Mittel zugleich, er beseitigt den Schmerz und lässt dadurch erkennen, dass er neuralgischer Natur war. Eine auf Erfahrung begründete Theorie, nur die schmerzstillende Wir-

kung zu erklären, ist jedoch nicht vorhanden. Was die Aplicationsweise des elekt. Reizes anbetrifft, so ist jede der verschiedenen Methoden im Stande, Schmerzen zu stillen. Der constante Strom wirkt öfter schmerzstillend, als der faradische, die Anode ist im Allgemeinen der Kathode vorzuziehen, langsames Steigen und Sinken der Stromstärke wirkt günstiger, als einzelne Stromstösse.

Goldstein (Aachen).

---

276) **A. Jarisch**: Ueber die Coincidenz von Erkrankungen der Haut und der grauen Achse des Rückenmarkes.

(Sitzungsber. d. k. k. Akad. d. Wissensch. zu Wien 81. B. 1880.)

Bei einer Frau, die keine auffälligen Störungen der Motilität und Sensibilität dargeboten hatte, und an einer den ganzen Oberkörper einnehmenden Hautkrankheit behandelt worden war, welche mit der als Herpes Iris bezeichneten Krankheitsform die meiste Aehnlichkeit hatte, ohne ihr vollständig zu entsprechen, deckte die Section ausser vorgeschrittener Brightischer Nierenerkrankung und lobulärer Pneumonie eine eigenthümliche Entartung des Rückenmarkes auf.

Die Erkrankung des Rückenmarkes erstreckte sich mit geringen Unterbrechungen vom 3. Halswirbel bis gegen den 8. Brustwirbel hinab, und characterisirte sich durch das Auftreten von Herden, welche vorzugsweise die centralen und hinteren Abschnitte beider Vorderhörner betrafen, und von J. als Residuen eines entzündlichen Processes aufgefasst werden.

Jarisch meint nun ferner, dass die erkrankt befundenen Stellen des Rückemarkes gerade denjenigen Partien der grauen Achse des Rückenmarkes entsprechen, welche von Charcot als trophische Centren der Haut aufgefasst werden; es läge also in diesem Falle bei dem Fehlen grösserer motorischer oder sensorischer Störungen der Zusammenhang zwischen der Erkrankung der Haut und der des Rückenmarkes offen zu Tage.

J. hat nun gestützt auf die Erfahrung dieses Falles das Rückenmark in einem Falle von acquirirter und in dreien von hereditärer Syphilis, sowie bei Psoriasis vulgaris und bei Lupus erythematosus (je ein Fall) untersucht und jedesmal ähnliche Veränderungen im Rückenmarke aufgefunden.

Obersteiner (Wien).

---

277) **C. Golgi**: Ueber die Structur der peripheren, markhaltigen Nervenfasern.

(Archivio p. l. 'sc. med. IV. 2)

Aehnlich, wie dies von Rezzonico für die centrale Nervenfaser beschrieben wurde (vgl. Centbl. 1880. pag. 240.) lassen sich auch an der peripheren Nervenfaser, eigenthümlich spiralartig gewundene, äusserst zarte Fibrillen nachweisen, welche den Lantermann'schen Einkerbungen entsprechend von der Schwann'schen Scheide bis an den Axencylinder reichen, doch stehen sie

an der peripheren Nervenfaser in relativ weiteren Abständen, als an der centralen.

Ohne in die näheren Details der Beschreibung einzugehen, sei nur die Methode erwähnt, welche diese Gebilde am besten erkennen lässt. Die möglichst frischen Nerven werden in einem Gemisch von 10 Theilen Kali bichrom. (2%) und 2 Theilen Ueberosmiumsäure (1%) 4—24 Stunden belassen, hierauf in eine $1/2$ percentige Silberlösung übertragen, in welcher sie wenigstens 6—8 Stunden verbleiben, und dann nach vorheriger Entwässerung und Aufhellung in Damarlack eingeschlossen. Obersteiner (Wien).

---

278) **W. Uthoff** (Berlin): Beitrag zur Sehnervenatrophie betr. Vorhandensein des Kniephänomens*).

(Gräf. Arch. f. Ophth. XXVI. 1. p. 244.)

Fortsetzung resp. Ergänzung zu Referat Nro. 215.

Die Casuistik umfast 83 Fälle, die ihrer Aetiologie nach sich theilten in Atrophie nach Neuritis 11 (73% M. 27% W.); spinale Sehnervenatrophie 15 (100% M.); genuine progr. S. N. atrophie ohne Complic. 24 (75% M. 25% W.); aus cerebraler Ursache 16 (50% M. 50% W.); in Folge eines path. Processes innerhalb der Orbita 6 (33% M. 67% W.); bei epileptiformen Anfällen 1 M.; bei Dementia paral. 2 M. nach Embolie der art. centr. ret. 3 (2 M. und 1 W.) in Folge von Taback- und Alcoholmissbrauch 2 M.; nach Blutverlust 3 W.; Congenital 1 mit Hydrophthalmus der anderen Seite. — Das Kniephänomen war in allen (11) Fällen von Atrophie nach Neuritis vorhanden. In den 15 Fällen von spinaler Sehnerven-Atrophie fehlte dasselbe in 13 Fällen, war vorhanden in 2 Fällen. Bei den 24 Patienten mit genuiner progressiver Sehnervenatrophie fehlte dasselbe 7 mal. Vorhanden war dasselbe unter den 16 Beobachtungen von Atrophie des Sehnerven aus cerebraler Ursache bei allen erwachsenen Personen (9) bis auf Einen, während bei den übrigen 7 Patienten wegen allzu grosser Jugend keine sicheren Resultate ergab.

Das Kniephänomen war immer erhalten bei den 6 Fällen von Sehnervenatrophie in Folge von Orbitalabscess; dasselbe fand sich verstärkt bei dem Epileptikus, in normaler Weise bei den beiden Fällen von Dementia paralytica, gleicher Weise bei den 2 Beobachtungen von Atrophie nach Embolia art. centr. ret., sowie bei den 2 Intoxications-Ambliopien und den 2 Fällen von Atrophie in Folge von

---

*) Das Referat über die Arbeit des Herrn Dr. Uthoff wird hier noch einmal, und zwar vollständig, zum Abdruck gebracht. Das Manuscript des Referates ist nämlich früher durch ein Versehen meinerseits nur stückweise in die Hände der Redaction gelangt, und deshalb auch nur unvollständig abgedruckt worden. Dem aufmerksamen Leser kann dies nicht entgangen sein, und auch der Autor hat durch einen liebenswürdigen Brief an die Redaction sofort diese Auffassung ausgesprochen; ja er hat sogar durch eine selbst geschriebene Fortsetzung meines nur im ersten Theile publicirten Referates dasselbe zu completiren die Güte gehabt. Ich statte Ihm für die höchst collegiale Rectificirung des entstandenen Irrthums meinen besten Dank ab und bitte die Leser d. Bl. um Entschuldigung für das Versehen. Dr. Nieden.

Blutverlust, während es sich bei der letzten congenitalen Form um ein 2 monatliches Kind handelte. Das Kniephänomen fehlte also in fast allen Fällen von spinaler Sehnervenatrophie: in 86,6%, in 29,1% der Fälle von genuiner progressiver Atrophie und war bis auf einen Fall stets vorhanden bei den übrigen 54 Fällen, da 8 Kinder daraufhin nicht untersucht werden konnten, so dass also dasselbe constatirt wurde 54 × oder in 72%, fehlte 21 × oder in 28% der darauf untersuchten 75 Fälle. Das eigentliche Terrain, wo das Fehlen des Phänomens als differ. diagnostisches Merkmal hauptsächlich in Betracht kommt, ist die genuine progress. Sehnervenatrophie. Bei 7 derartigen Kranken mit fehlendem Phänomen war 4 × Myosis vorhanden, wodurch schon an und für sich der Verdacht auf ev. nachfolgende spinale Erkrankung nahegelegt wurde. Um so wichtiger ist für uns dies diagnostische Hülfsmittel, als bekanntlich lange Jahre zwischen der Erblindung an Sehnervenatrophie und dem Eintritt der spinalen Erscheinungen verfliessen können. Es sind Fälle in der Literatur bekannt, wo nach 2½, 3, 4 ja bis zu 10 Jahren nach dem Auftreten der Atrophie des Sehnervenstammes erst spinale Erscheinungen zur Beobachtung gelangten.

Nieden (Bochum).

---

279) **J. Samelsohn** (Cöln): Zur Topographie des Faserverlaufes im menschlichen Sehnerven.

(Centralbl. f. d. med. W. 1880 Nro. 23.)

„Der Patient, dem die betr. Optici mit dem Chiasma einerseits, den hinteren Augapfelhälften andererseits entstammen, starb an einer atheromatösen Erweiterung der aufsteigenden Aorta, nachdem er 3 Jahre lang von mir an dem typischen Bilde der retrobulbären Neuritis mit absolutem Scotom und temporaler Papillen-Atrophie behandelt worden. Es findet sich nun ganz symetrisch an beiden Opticusstämmen eine partielle Atrophie, die beiderseits genau mit den Foramen optic. einsetzt und nach dem bulbus herniederschreitet. Jenseits des for. opt. ist der Nerv ganz normal, ebenso das Chiasma und die tract. opt. Was nun die Topographie dieser partiellen Atrophie betrifft, so ist dieselbe in den verschiedenen Regionen des Nervenstammes eine verschiedene. Im for. opt. und in seiner nächsten Nachbarschaft ist die Atrophie genau central gelegen und zeigte hier das Bild der ächten interstitiellen Neuritis und starker Bindegewebs- und Gefässwucherung. Bald jedoch verliert die atrophische Partie ihre streng centrale Lage und wendet sich lateralwärts, so jedoch, dass sie noch immer von einem Ringe normaler Nervensubstanz umschlossen wird, welcher Ring medialwärts in gleichem Grade an Breite zunimmt, wie derselbe lateralwärts immer mehr verliert, je mehr sich die Schnitte dem bulbus näheren. An der Eintrittstelle der Centralgefässe liegt die atrophische Partie fast ganz peripher in Form eines Keiles, dessen Spitze dem Eintritt der Vene zugekehrt ist. — Es dürfte aus diesem Befunde mit Sicherheit hervorgehen, dass am Foramen opticum wenigstens die Maculafasern im Centrum des Sehnervenstammes liegen;

mit Wahrscheinlichkeit dagegen nur, dass dieselben keinen ganz gradlinigen Verlauf einhalten, sondern sich mit fortschreitender Annäherung an den Eintritt in den Bulbus immer mehr temporalwärts wenden."
Nieden (Bochum).

---

280) **Mooren** und **Rumpf** (Düsseldorf): Ueber Gefässreflexe am Auge.
(Centralb. f. d. med. W. 1880. Nro. 19.)

Nachdem experimentell festgestellt war, dass neben den physiologischen Sensibilitätsübertragungen, wie sie durch äussere Reize hervorgerufen werden, gleichzeitig Veränderungen in der Contraction der kleinen Hautarterien symetrischer Stellen einhergehen, so dass z. B. eine durch Reizmittel hervorgerufene Hyperämie der einen Seite stets von einer Anämie der symetr. Stelle der anderen Körperhälfte begleitet war, lag der Gedanke nahe, zu untersuchen, ob ein gleicher Connex des Gefässsystems bei den beiden Augäpfeln in specie der Conjunctiva und Iris derselben sich constatiren lasse. Es zeigte sich, dass nach Anwendung des Senfspiritus - Sprays auf die freigelegte Iris des einen Auges mit der stärkeren Injection dieses Auges eine deutliche Anämie der Iris des anderen Auges eintrat, die einige Zeit nach dem Aufhören des Sprays einer beträchtlichen Injection Platz machte. Gleichzeitig war eine Verengerung der Pupillen sichtbar. Bei längerer Dauer der Anwendung dieses Reizmittels tritt ein kurzer Nachlass der hyperämischen Erscheinungen des 2. Auges ein mit später wieder bedeutend verstärktem Auftreten der Injection, bis zur Farbenveränderung und Sichtbarwerden stärkerer Gefässe in der Membran. Auf Aether-Spray tritt umgekehrt zuerst Anämie auf der Seite des irritirten Auges und Hyperämie auf dem anderen auf, um dann der entgegengesetzten Schwenkung Platz zu machen, nebst Verengerung der Pupillen. Reizung des einen Auges mittelst des Glüheisens war nur dann von Anämie resp. Congestions-Folgezuständen des anderen Auges begleitet, wenn dieses sich in einem entzündlichen Reizzustand befand. Die Gefässgebiete beider Augen stehen darnach im engsten antagonistischen Zusammenhange, und ist durch diese Untersuchungen der Weg zur Erklärung vieler Formen von sympathischer Ophthalmie angebahnt und der Annahme, dass reflectorisch der Reiz von Ciliarnerven der einen Seite auf correspondirende Nerven der andern Seite übergehe und in den dazu gehörigen Geweben Entzündung errege eine physiologische Grundlage gebeben.
Nieden (Bochum).

---

281) **H. Chiari** (Wien): Ein Fall von Porencephalie.
(Jahrb. f. Kinderheilk. Neue Folge XIV).

An dem Gehirne eines 13jährigen, an tuberculöser Lungenphthise verstorbenen Mädchens, welches intra vitam keinerlei cerebrale Störungen dargeboten hatte, fand sich im Bereiche des linken Schläfelappens an dessen Basis ein beträchtlicher Substanzverlust.

Der spaltförmige Defect, 7 cm. lang 2 cm. breit und 1,5 cm. tief betraf die beiden unteren Gyri temporales und das vordere Ende des Gyrus fusiformis und reichte in seiner hinteren Hälfte ganz nahe an das Ependym des Unterhornes heran, ohne aber mit dessen Cavum in Verbindung zu stehen. Die Wand des Defectes war mit der Pia ausgekleidet und die Höhle zwischen letzterer und der brückenartig hinübergespannten Arachnoidea von klarer seröser (subarachnoidaler) Flüssigkeit erfüllt. Die Gehirnsubstanz, welche die Wandungen dieser Höhle darstellte, liess nahe der Umbeugungsstelle in die normalen Windungen noch Ganglienzellen erkennen; überall aber fand sich Vermehrung des Neurogliagewebes, Fettkörnchenzellen und körniges braunes Pigment, welch letzteres dafür spricht, dass der Defect durch Zerstörung bereits gebildet gewesener Hirnsubstanz, vielleicht auf dem Wege einer Entzündung oder Fettdegeneration und Blutung zu Stande gekommen sein mag. —

Anschliessend theilt Prof. Heschl kurz noch 3 von ihm seinerseits in Graz beobachtete Fälle von Porencephalie mit. —

Obersteiner (Wien).

---

282) **H Chiari** (Wien): Microcephalie bei einem 6jährigen Mädchen. (Jahrb. f. Kinderheilk. n. F. XIV.)

Das Kind hatte nur unarticulirte Laute ausgestossen, vorgehaltene Gegenstände wurden zwar fixirt, aber anscheinend nicht erkannt, Nahrung verlangte es nicht, Incontinentia.

Das Gehirn wog 507 Gramm (davon 405 Gramm das Grosshirn). Die Untersuchung der Windungen und Furchen des Grosshirns ergab rechts wie links fast in der gleichen Art abnorm geringe Entwicklung derselben vorzüglich am Stirnhirne. Die Hauptfurchen und Hauptgyri waren zwar vorhanden, jedoch nur in geringem Masse weiter getheilt. Am hinteren Ende der linken mittleren Stirnwindung sass ein bohnengrosser, bis in die weisse Substanz reichender Tuberkelknoten, der keine nachweisbaren Symptome erzeugt hatte.

Rücksichtlich des Schädels ist zu bemerken, dass derselbe sich durch seine exquisite Kleinheit auszeichnete, ohne dass in Bezug auf die Verbindung seiner Knochen eine Abnormität vorhanden gewesen wäre.

Die Ursache der Kleinheit des Gehirnes kann also in diesem Falle nicht in einer Wachsthumsbehinderung desselben durch zu geringe Entwicklung der Schädelhöhle gesucht werden da ja der Schädel nirgends, auch nicht an der Basis, irgend welche Synostosen erkennen liess, es muss vielmehr die Kleinheit des Gehirnes auf ursprüngliche, abnorm geringe Entwicklung des Gehirnes zurückgeführt werden, welche dann in ihrem Gefolge erst die mangelhafte Ausbildung des Schädels bedingte. Obersteiner (Wien).

283) **A. Mosso:** Untersuchungen über die Blutcirculation im menschlichen Gehirne (Sulla circulazione del sangue nel cerevello dell'uomo).

(Reale Accad. dei Lincei Anno CCLXXVII Roma 1880. 126 S. mit 9 Tafeln und 86 eingedr. Holzschnitten).

Die wichtigsten Punkte, welche in dieser äusserst fleissigen und inhaltsreichen Arbeit berührt werden, sind: Die Gehirncirculation während der Denkthätigkeit und der psychischen Erregung, während des Schlafes; Einfluss der Respiration auf die Gehirncirculation; Wirkung des Amylnitrits; Gehirnanämie und Hyperämie u. a.

Zu seinen sphygmographischen Untersuchungen dienten dem Verfasser 3 Personen, denen grössere oder geringere Stücke des Schädeldaches fehlten.

1. Catharina X. In Folge syphilitischer Infection necrosirten ausser dem grössten Theile der Stirnbeinschuppe, fast die ganzen beiden Ossa parietalia; das beigegebene Bild ist nach einer Photographie angefertigt, welche die Kranke darstellt, während sie in den Händen ihren eigenen Schädel hält (die einzelnen extrahirten Knochenfragmente wurden nämlich an einem Schädelmodelle in situ fixirt). —

2. Thron G. erlitt als 18 monatlicher Knabe in Folge eines Falles eine schwere Verwundung in der rechten temporo-parietal-Gegend; es blieb ein beträchtlicher Substanzverlust im Knochen an dieser Stelle zurück. (Durchmesser 35—70 mm.) Mit dem dritten Lebensjahre stellten sich epileptische und maniacalische Anfälle ein. Der Knabe zeigte bis zu seinem im 11. Jahre erfolgten Tode einen beträchtlichen Grad von Idiotie.

3. Bertino M. wurde durch einen 3 Kilogramm schweren Hammer an die Stirne getroffen; vom Stirnbein wurde an seiner oberen, rechten Seite soviel extrahirt, dass eine Wunde von circa 25 mm. Durchmesser zurückblieb. —

An diesen drei Personen konnte M. die Gehirnbewegungen beobachten, und durch einfache Apparate graphisch fixiren. In der Regel wurden gleichzeitig auch die Pulsbewegungen des Vorderarmes mittelst des Hydrosphygmographen geschrieben. Um nun in Kürze nur einige der wichtigsten Resultate wiederzugeben, von denen viele neu, andere aber Bestätigungen früherer Angaben sind, möge das folgende genügen. —

So oft die Versuchsperson zu einer geistigen Thätigkeit angeregt (Multiplicationen) oder durch den Untersucher in irgend einer Weise in Affect gebracht wurde (z. B. durch irgend eine tadelnde Bemerkung) nahm die Höhe der vom Gehirne gezeichneten Pulsationen sehr beträchtlich zu. Gegen den Einwurf, als wäre diese Steigerung des intracraniellen Druckes nur auf die (etwa in Folge der gespannten Aufmerksamkeit) veränderte Respiration zurückzuführen, lässt sich bemerken, dass man auch gleichzeitig die Respirationsbewegungen aufschreiben lassen kann, wobei es sich dann ergibt, dass häufig die Drucksteigerung im Schädel ohne jede Alteration der Respiration erfolgt; ferner muss beachtet werden, dass

die Respiration den Arm in gleicher Weise wie den Schädel rücksichtlich der Circulationsverhältnisse beeinflussen muss, während in der Regel bei der geistigen Thätigkeit mit einer Zunahme des Schädelinhaltes eine Abnahme der Armvolumens einhergeht.

Im Momente des Aufwachens aus dem Schlafe nimmt der intracranielle Druck ab, das Gehirn enthält dann weniger Blut als während des Schlafes, letzterem darf daher nicht ein anämischer Zustand des Gehirnes zugeschrieben werden. Jeder sensorische Reiz, z. B. leichtes Anrufen während des Schlafes, ohne dass der Untersuchte erwacht, macht den intracraniellen Druck steigen. —

Unter normalen Verhältnissen ist die Blutmenge im Innern des Schädels unveränderlich; es wechselt nur die Vertheilung derselben; wird nämlich während der Diastole mehr Blut in die Arterien getrieben, so steigt der intracranielle Druck, die Venen werden comprimirt und entleeren einen Theil ihres Inhaltes und umgekehrt. Es gelingt dem entsprechend auch von den intracraniellen Venen (Sinus) ganz ähnliche Pulscurven wie von den Arterien zu erhalten. Die von den Meisten acceptirte Theorie eines fortwährenden Hin- und Herströmens des Liquor cerebrospinalis zwischen Schädelhöhle und Wirbelcanal um die pulsatorischen und respiratorischen Blutdruckschwankungen auszugleichen, ist daher nicht beizubehalten. Wenigstens für die gewöhnlichen ruhigen pulsatorischen und respiratorischen Schwankungen wäre der Widerstand, welchen die Cerebrospinalflüssigkeit zu überwinden hat, zu bedeutend; dabei mag der Druck, unter welchem sich die genannte Flüssigkeit befindet, immerhin während der Inspiration sinken, während der Exspiration steigen. Obersteiner (Wien).

---

284) **Combes et Laprée** (Sainte-Gemmes-sur-Loire): Gutachten über den Geisteszustand der der Beleidigung, des Einbruchs, Diebstahls und Hausfriedensbruchs beschuldigten J . . . C . . . .

(Annal. méd. psych. Mars 1880.)

Am 8. Decbr. 1878 begab sich die Angeklagte in das Pfarrhaus ihres Dorfes und beleidigte mit Schmähreden aller Art auf's Gröblichste den Geistlichen, welchen sie auch früher schon öfters insultirt und einmal bis zur Kirche verfolgt hatte. Bei ihrer Verhaftung benahm sie sich sehr ungebührlich und aufgeregt und wurde, durch ein ärztliches Zeugniss von Lannelongue für geisteskrank erklärt, wieder auf freien Fuss gesetzt.

In der Nacht vom 7. auf 8. Febr. 1879 machte sie einen Einbruchsversuch bei demselben Geistlichen und wurde noch in derselben Nacht verhaftet, als man sie ohne Strümpfe und Schuhe in der Nähe ihrer Wohnung antraf, sie benahm sich wiederum sehr aufgeregt und beschimpfte auf's Neue den Geistlichen.

Am 8. Februar 1879 beging sie einen Diebstahl im Betrag von 11 Frs.

Aus der weiter zurückgreifenden Anamnese ergab sich, dass die zur Zeit der Anklage 22jährige Person seit ihrem 14. Jahre sich

8 mal wegen verschiedener Vergehen vor Gericht zu verantworten hatte, darunter im J. 1875 wegen Kirchendiebstahls und Profanation geweihter Gegenstände; damals wurde sie von Bahuaud für geistesgestört erklärt. Im gleichen Jahre, als sie einen neuen Diebstahl begangen hatte, hielt sie Dufour für *nicht* geistesgestört und verantwortlich für ihre Handlungen, wenn auch in vermindertem Grade wegen intellectueller Schwäche und eines neuropathischen Zustandes, welcher zu Zeiten auf ihre Entschliessungen von Einfluss sein könnte.

In ihrer Umgebung galt sie für geisteschwach, gemüthsstumpf und jeglicher moralischen Empfindung baar. Sie war ohne alle Reue über ihre vielfachen Vergehen und lebte gleichgültig in den Tag hinein; dabei war sie leicht reizbar und zornmüthig.

Von körperlicher Seite konnte in Erfahrung gebracht werden, dass sie von Jugend auf an Ohrenschmerzen litt und seit ca. 5 Jahren an Intercostalneuralgien; ihre Menstruation war unregelmässig und verbunden mit nymphomanischen Aufregungszuständen.

Von hereditären Einflüssen ist zu erwähnen, dass ein Geschwisterkind von ihr an Melancholie mit Uebergang in Blödsinn leidet. Der Vater war Gewohnheitstrinker und brachte sich durch Erhängen ums Leben.

Bei der Beobachtung durch die Verff. zeigte sich die Angeklagte als ein blutarmes lymphatisches Mädchen. Der knöcherne Gaumen ist unregelmässig gebildet, hat im Ganzen die Form eines Spitzbogens. Die Zähne stehen schief im Ober- und Unterkiefer, Anomalien, welche auf einen Defect an der Basis cranii hinweisen. Daneben besteht mässiges Stottern und an den mittleren Zehen des linken Fusses ein geringer Grad von Syndaktylie.

Während ihres Aufenthaltes in der Anstalt benahm sie sich correkt, so lange sie sich beobachtet wusste; sich selbst überlassen gab sie ihren Launen nach und zeigte ein impulsives Handeln.

Gegenüber den incriminirten Handlungen verlegte sie sich auf hartnäckiges Leugnen, ohne Einsicht in die klaren Beweise ihrer Schuld zu besitzen und wird aufgeregt und gereizt, wenn man weiter in sie dringt.

Bei zahlreichen Unterredungen mit ihr erscheint ihre Intelligenz ziemlich schwach, trotz eines gewissen Grades von Schlauheit, die sie an den Tag legt, wenn sie etwas für sich erreichen will, ihr Gedächtniss ist gut, der Sinn für sittliche Handlungen fehlt vollkommen; dabei ist ihr Gemüth reizbar, schnell aufbrausend. Während so bis zum 7. April nichts Weiteres zu beobachten war, machte sie nach dem Eintritt ihrer Menstruation, der in diese Zeit fällt einen Fluchtversuch und benahm sich bei diesem und bei ihrer Wiedereinbringung in die Anstalt höchst sonderbar und gerieth in sinnlose heftige Aufregung, welcher eine mehrtägige gemüthliche Depression nachfolgte.

In den weiteren Betrachtungen über die durch Anamnese und objectiven Befund gegebenen Momente wird des Näheren ausgeführt, dass die Kranke an psychischer Degeneration auf hereditärer Grundlage leidet und ausser den erwähnten Thatsachen hauptsächlich be-

tont, dass die Entstehung der Krankheit in die Entwicklungsjahre fällt und die heftigsten Aufregungszustände zur Zeit der Menstruation beobachtet werden. Ob dem Umstande, dass sich die Kranke bei ihren Vergehen sehr häufig mit der Person des Geistlichen beschäftigt nicht irgendwie eine erotische Wahnidee zu Grunde liegt, wird nicht erwähnt, obwohl der Verdacht hierfür sehr dringend erscheint. Dagegen zeigt sich eine verkappte Anhänglichkeit der Autoren an die in Frankreich noch nicht verschwundene Lehre von den Monomanieen, indem ein diagnostischer Werth darauf gelegt wird, dass die Mehrzahl der von der Angeklagten begangenen Verbrechen in Diebstählen bestehen.

Engelhorn (Maulbronn.).

III. Verschiedene Mittheilungen.

285) Aus Hannover: Die administrativen und finanziellen Ergebnisse der vorigjährigen Verwaltung der drei ständischen Irrenanstalten sind im Ganzen als befriedigende zu bezeichnen, wobei allerdings in Betracht zu ziehen bleibt, dass die Anstalt zu Osnabrück im Vergleiche mit dem Jahre 1878 einem bei Weitem ungünstigeren Rechnungsabschluss geliefert hat, als die anderen beiden Anstalten. Die Massnahmen zur Abwehr einer Ueberfüllung der Irrenanstalten haben sich bislang als so zweckmässig erwiesen, dass man darauf Bedacht genommen hat, der neuen Einrichtung eine breitere Grundlage zu geben. Der Sanitätsrath Dr. Wahrendorf zu Ilten hat sich nicht nur bereit erklärt, mehr als 50 Kranke in dem mit provinzieller Unterstützung eingerichteten Pflegehause seiner Privatanstalt unterzubringen, sondern auch die Hand dazu geboten, in grösserem Umfange unter ständischer Controle einen Versuch mit der familialen Irrenpflege in Ilten und den angrenzenden Dörfern zu machen. Ausserdem ist Seitens des Privat-Irrenartztes Dr. med. Fontheim zu Liebenburg eine Offerte eingegangen, wonach derselbe ein grössere Zahl weiblicher Kranken ohne besondere Vergütung in einem von ihm nach den Anordnungen des Landesdirectoriums herzustellenden Anstaltsgebäude gegen Zahlung der reglementsmässigen Verpflegungssätze aufnehmen will. Nach Lage der Sache darf schon jetzt behauptet werden, dass die bereits verwirklichten, wie die in Aussicht stehenden Veranstaltungen eine Bürgschaft dafür bieten, dass die Vergrösserung der ständischen Irrenanstalten oder der Neubau einer vierten Anstalt jedenfals in nächster Zeit nicht erforderlich sein wird. Gr. —

286) Aus Budapest. Die Regierung hat die Errichtung eines Lehrstuhles für Psychiatrie an hiesiger Hochschule beschlossen.



IV. Neueste Literatur.

107) Riedel, A., Zur Lehre von den dyspathischen Sprachstörungen. Breslau. 8⁰. M. 1. —
108) Westphal, C., Psychiatrie u. psychiatrischer Unterricht. Rede. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. — 80.
109) Boussi, R., Etude sur les troubles nerveux réflexes observés dans les maladies utérines. M. 1. 50.
110) Berland, R., Traitement par le tartre stibié d'une forme de chorée dite électrique. M. 1. —
111) Colombet, J., Des paraplégies gravides. 1. M. —
112) Daude, L., De la contracture spasmodique du constricteur vulaire. M. 1. —
113) Duval, A., De l'anesthésie générale. M. 1. —
114) Fahmy, S., Sur le paralysie infantile. M. 1. —
115) Guiraud, G., Essai sur l'hystérie précoce. M. 1. —
116) Jaubert, L., Essai sur le tremblement. M. 1. —
117) Macquet, G., De l'aimantation au point de vue médical. M. 1 —
118) Miomandre, J., Des surdités d'origine nerveuse. M. 1. —
119) Mora, V., Des hémorrhagies dans l'hystérie. M 1. —
120) Paris, H., De l'hystérie chez les petites filles. M. 1 —
121) Petitclerc, C., Des réflexes tendineux. M. 1. —
122) Flamm, Die Heil- und Pflege-Anstalt Pfüllingen in ihren ersten 10 Jahren. Tübingen. 4⁰. M. 4. —
123) Schüle, Jahrbuch der Psychiatrie II. völlig umgearbeitete Auflage.
124) Die Provinzial-Irren-, Blinden- und Taubstummenanstalten der Rheinprovinz in ihrer Entstehung, Entwicklung und Verfassung etc. Düsseldorf. 4⁰. M. 6. —
125) J. Weis, Compendium der Psychiatrie. Wien, Bermann und Altmann. 8⁰. 273 pag.
126) R. Berlin, Ueber den anatom. Zusammenhang gewisser orbitalen und intracraniellen Entzündungen. Leipzig, Breitkopf & Härtel. (Volkmann's klin. Vortr.)
127) Rheinstädter, Ueber weibliche Nervosität. ebendas.
128) Wernicke, Ueber den wissenschaftl. Standpunkt in der Psychiatrie. Rede. Cassel, Fischer. 2 M.
129) Zeitschrift für das Idiotenwesen. Herausg. v. W. Schröter und E. Reichelt 1. Jahrg. 1880. compl. 3 M. Dresden, Herm. Burdach.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 M. fr. Stat. 3) Halle a. Saale, Volontärarzt, 1200 M. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 1. October 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung,

unverheirathet Bedingung. 5) Hildburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei fr. Stat. 6) Provinc.-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., fr Stat. 7) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 8) Marsberg, Volontairarzt, kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 9) Ueckermünde in Pommern, Assistenzarzt, unverheirathet, sofort. 1000 M. und freie Station. 10) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 M., fr. Stat. 11) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, sofort, 900 M., fr. Stat. 12) Wehnen (Oldenburg) Assistenzarzt. 13) Klingenmünster (bayr. Pfalz), Hülfsarzt, 1. October, 1000 M., fr. Stat. I. Classe. 14) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 M. freie Sation. 15) Göppingen (Dr. Landerer), Assistenzarzt, 1500 Mark freie Station. 16) Pforzheim, Hülfsarzt, 1200 M. und freie Station. 17) Pankow bei Berlin (Mendel'sche Anstalt) 3. Arzt. 18) Grafenberg (Reg.- Bez. Düsseldorf), Volontairarzt, sofort; fr. Stat. 600 M. 19) Schussenried (Württemberg), Assistenzarzt, 1600 M. völlig fr. Stat. 20) Plagwitz (Schles. prov. Irren-Pflege-Anstalt) Director 4000 M., freie Wohnung und Heizung. Meldung an den Landeshauptmann von Schlesien in Breslau. 21) Bonn (Privatanstalt des Dr. Hertz) Hülfsarzt, Dr. promotus, Ende dieses Jahres, 2400 M., vollständig freie Station. 22) Elgersburg (Thüringen) Wasserheilanstalt, dirigirender Arzt Bedingung durch den Besitzer zu erfahren. 23) Alt-Scherbitz (Halle-Leipzig) Volontairarzt, 1. Jan. 1881; 1200 M., vollständig freie Station. 24) Regierungs- und Medicinalrath in Frankfurt a. d. O. — 25) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creuzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Eschwege (Cassel), Galdop (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Hünfeld (Kassel), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Osterode (Königsberg), Sensburg (Gumbinnen), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Besetzte Stellen. Erlangen, Assistenzarzt: der bisherige Inhaber, Herr Dr. Marx bleibt noch einige Monate.

Ernannt. Dr. Schnabel in Kupp zum Physikus des Kreises Bombst (Wohnsitz Wollstein); Dr. Wiedner in Kreutzburg zum Physikus des Kreises Königsberg i. d. N.

Todesfälle. Regierungs- und Geh. Medicinalrath Dr. Groebenschütz in Frankfurt a. d. O. — Dr. Thieme in Colditz.

VI. Anzeige.

Für die 30 Jahre alte, katholische Wittwe eines Collegen suche ich Unterkommen oder Stellung in den besseren Ständen als Repräsentantin, Leiterin eines Hauswesens, Gesellschafterin etc.; letzteres auch bei einer leicht kranken Dame. Einer Stellung, in welcher die Dame ihr 6 jähriges Töchterchen bei sich behalten könnte, gibt sie den Vorzug. Auf Gehalt macht sie keinen Anspruch. Zu weiterer Auskunft bin ich gern bereit.

Dr. Erlenmeyer.

Bitte der Redaction.

Einige der Herren Referenten haben noch ihnen zugeschickte Literatur, über welche sie schon Referate eingesandt haben, in Händen. Sie werden ergebenst um Rücksendung der Bücher und Zeitschriften ersucht, während die Redaction auf Retournirung von Separatabdrücken verzichtet.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. 15. November 1880. Nro. 22.

INHALT.

I. Originalien.

Ueber den wissenschaftlichen Standpunkt in der Psychiatrie.

Eine Kritik des gleichnamigen Vortrages von Dr. Wernicke.

Von Dr. E. HALLERVORDEN.

Ein von Wernicke auf der Danziger Naturforscherversammlung gehaltener Vortrag „über den wissenschaftlichen Standpunkt in der Psychiatrie" darf wohl vermöge seines Titels wie seines Inhaltes das Interesse der Psychiater für sich beanspruchen. Der Titel schon weist auf die principielle Bedeutung des Vortrages hin und mahnt den Psychiater zur Selbstkritik der Grundlagen, mit denen das Gebiet seiner Thätigkeit als Wissenschaft steht oder fällt — der Inhalt zeigt denn auch in der That, dass diese Grundlagen bis-

her noch gar nicht da sind, dass die Pathologie der psych. Krankheiten, bisher auf „empirischem Standpunkt“ stehend, sich auf das kaleidoskopische Spiel mit alten und neuen Symptomen beschränkt, aus welchen sie durch Umstellung neue und immer neue Krankheitsformen schuf, und dass nur „auf praktischem Gebiet“ (Therapie?) gewisse Erfolge zu verzeichnen seien. Der empirische Standpunkt ist verpönt, es wird der „wissenschaftliche“ Standpunkt verlangt. Die Proklamirung des wissenschaftlichen Standpunktes enthält die Praesumption, dass ihn diejenigen, welche bisher die Psychiatrie vertraten, nicht eingenommen haben. Ist es denn überhaupt denkbar, dass da, wo Männer wie Griesinger arbeiteten, kein wissenschaftlicher Standpunkt existirte? dass die Psychiatrie, die doch wie alle klinischen Disciplinen, eine Wissenschaft ist, keinen wissenschaftlichen Standpunkt gewährte? Es muss W. also wol mit dem wissenschaftlichen Standpunkt einen ganz besonderen Sinn verbinden. In der principiellen Auseinandersetzung hierüber begegnet man einer für eine solche sehr wenig geeigneten Ungenauigkeit im Ausdruck. Die Schlagwörter empirisch, praktisch, wissenschaftlich werden sich bald als Epitheta von Personen, bald von Zielen, bald von Gebieten, bald von Standpunkten gegenübergestellt, ohne Rücksicht darauf, dass die Subjecte dieser Attribute wechseln und damit die Gegenüberstellung oft unklar wird. Erwägen wir einmal, wie dieselben sich auf die Psychiatrie anwenden lassen, so müssen wir die Psychiatrie als ein naturwissenschaftliches Erkenntnissgebiet zu den empirischen Wissenschaften rechnen und zwar den klinischen Disciplinen zugesellen. Als klininische Disciplin hat sie einestheils engsten Pact mit der pathol. Anatomie, anderntheils zerfällt sie, wie die innere Medicin, Chirurgie etc. in eine theoretische Psychiatrie oder Pathologie der psychischen Krankheiten, und in eine praktische Psychiatrie oder Therapie der psychischen Krankheiten. Beide, die praktische, wie die theoretische, die Pathologie wie die Therapie sind durchaus wissenschaftliche Disciplinen und lassen nur den wissenschaftlichen Standpunkt zu. Jede von ihnen ist dann in Hinsicht der Methode theils methodisch oder physiologisch, theils empirisch; in Hinsicht des Gegenstandes theils psychologisch, theils somatisch. Thatsächlich fällt nun die somatische mit der physiologischen Psychopathologie, die psychologische mit der empirischen Psychopathologie zusammen. Hierbei ist nur die psychiatrische Wissenschaft, nicht die psychiatrische Praxis in den Kreis der Betrachtung gezogen; denn es scheint bei einer Erörterung principieller Standpunkte auf wissenschaftlichen Gebieten nicht das viel oder wenig wissenschaftlichen Denkens, das der einzelne in seinen Beruf hineinzutragen im Stande ist, ins Gewicht zu fallen, sondern nur, sofern er überhaupt wissenschaftlich denkt, ob er den principiell richtigen Standpunkt hat. Demnach gehört natürlich der „schwere“ und „verdienstliche“ Beruf des Psychiaters in eine solche Besprechung nicht hinein. Die Psychiatrie ist nicht zugleich Wissenschaft und zugleich Samariterwerk und Erwerbszweig; sie ist nur Wissenschaft; der ethische Beigeschmack wie der geschäftliche inhäriert nur dem Individuum. Demnach muss berichtigt werden, dass die Haupterfolge

der Psychiatrie nicht blos auf practischem Gebiet zu suchen sind, sondern ebensosehr auf theoretischem d. h. nicht blos in der Therapie, sondern auch in der Psychopathologie, deren gesammter Bestand an klinischem Material auf empirischem Wege erworben und vom wissenschaftlichen Standpunkt aus gesichtet ist. Hat etwa Kahlbaum keinen wissenschaftlichen Standpunkt? Sind da „ärztliche Intelligenz und literarische Begabung verschwendet"? Wenn aber Wernicke weiter auf die wissenschaftlichen Ziele im Gegensatz zu den praktischen hinweist, so ist das entweder ein Gemeinplatz oder eine Verwechselung der Psychiater mit der Psychiatrie. Vielleicht aber hat W. weniger die Gegenüberstellung von Wissenschaft und Beruf, von Pathologie und Therapie im Auge gehabt, um den wahrhaften wissenschaftlichen Standpunkt zu bezeichnen, obgleich seine Ausführungen auch dies zu enthalten scheinen, als vielmehr die Unterscheidung einer empirischen Psychologie von einer physiologischen Psychologie. Und in der That will W. auf physiologischen Grundlagen fussen, um den allein wissenschaftlichen Standpunkt zu gewinnen. Das gesammte klinische, empirisch-psychologische Material weist er vom naturwissenschaftlichen an das philosophische Verständniss ab und präoccupiert das naturwissenschaftliche Verständniss allein für den physiologischen Standpunkt. Vorweg ist zu bemerken, 1. dass W. selber sich in den weiteren Détails seines Vortrages streng als empirischer Psycholog herausstellt ganz im Gegensatz zu dem wissenschaftlichen, besser physiologischen Standpunkt, den der Titel des Vortrages ankündigt, und wir also seinen Ausführungen „höchstens philosophisches Verständniss entgegenbringen können;" 2. dass aber gerade das letztere nöthigt, den Ursprung des sachlich neuen auf einen Philosophen zurückzuführen. Denn schon Schopenhauer hat die Störung des Erinnerungsvermögens als pathognostisch für Psychosen hingestellt — eine Bundesgenossenschaft übrigens, die den Werth der speciellen Wernicke'schen Ausführungen wahrlich nicht schmälert und die auch nicht wie W. besorgen könnte, den wissenschaftlichen Standpunkt für ihn verloren gehen lässt, denn auch die empirische Psychologie ist eine wissenschaftliche Disciplin — dies sei W. gegenüber besonders hervorgehoben — und gestattet einen wissenschaftlichen Standpunkt. —

Nach einem einleitenden Hinweis auf die aktive und passive Seite des Sprachvermögens, deren Trennung von einander sich bei der Erlernung einer Sprache wie des Sprechens überhaupt aus der relativen Unabhängigkeit des Sprachverständnisses von der Sprechfähigkeit ergebe, erörtert W. unter einem geschichtlichen Rückblick auf die allmählige Entwicklung der wissenschaftlichen Bedingungen, welche zum physiologischen Verständniss dieser Doppelnatur nothwendig waren, besonders die Meynert'sche Mechanik des Gehirnbaus und die Scheidung der Hirnrinde in psychomotorische und psychosensorische Gebiete, eine Scheidung, welche das anatomisch-physiologische Gegenbild für die erwähnte Scheidung des Sprachvermögens abgibt. Die bekannte Arbeit W's über Aphasie hat zuerst und glücklich die Consequenzen der Meynert'schen Gehirnmechanik für den Specialfall gezogen und den Sprachmechanismus

(W. selbst gebraucht das Wort in seinem Vortrage nicht) in verdienstvoller Weise aufgeklärt. Mit Recht nennt W. den Sprachmechanismus ein Paradigma und mit Recht kann er die Munk'schen Arbeiten überspringend, von seinem schon vordem gewonnenen Standpunkte *principiell* eine Erweiterung der Perspektive der physiologischen Psychologie als eröffnet ansehen. Wäre W. nur auf dem Boden derselben geblieben.

Aber unmittelbar beim Uebergang zur Anwendung des mechanischen Princips auf die eigentlich psychiatrischen Fragen verliert W. seinen Standpunkt, nachdem er ihn schon vorher etwas psychologisch umdunkelt hatte (cf. p. 130 und 131 des Tageblattes der Naturforscherversammlung) und wird (ohne sich trotz der ausgesprochen principiellen Tendenz des Vortrages dessen bewusst zu sein), ein regelrechter empirischer Psychologe. Als solcher beginnt er folgerichtig: „unsere Aufgabe wird darin bestehen, das Verhalten der Erinnerungsbilder bei den Geisteskranken durch Beobachtung festzustellen und zum Verständniss ihres Geisteszustandes zu verwerthen" und führt in sehr interessanter Weise, wenn schon empirisch-psychologisch aus, dass sowohl bei Paralyse als auch bei der primären Verrücktheit die elementare Störung auf Ausfall resp. Verfälschung von Erinnerungsbildern beruhe. Schon vorher p. 131 hiess es: „Die Erinnerungsbilder seien ein ganz bestimmter psychologischer ¡Begriff". Leider richtig! „Unter Erinnerungsbildern versteht man diejenigen reproducirten Vorstellungen, in denen sich frühere Wahrnehmungen, abgesehen von der viel geringeren Intensität ihrer Empfindungsbestandtheile, in annähernd unveränderter Form dem Bewusstsein erneuern." Siehe Wundt, physiologische Psychologie p. 644. Hätte W. sich ihre psychologische Natur zum klaren Bewusstsein gebracht, dann würde er sie in der Analyse des Sprachmechanismus, die er p. 130 gibt, und schon in der Arbeit über Aphasie gar nicht gebraucht haben. Aber er hat sich den Begriff Erinnerungsbild nie recht klar gemacht, seine eignen Aeusserungen lauten darüber ganz verschieden, bald zutreffend, bald fehlgehend, bald klar, bald unklar. Am nächsten kommt W. der richtigen Einsicht noch in seiner Arbeit über Aphasie. Eine sehr allgemeine Wortdefinition lautet, sie seien Residuen abgelaufener Erregungen, was sich sowohl physiologisch als psychologisch deuten lässt, aber p. 4 heisst es: „es lässt sich leicht zeigen, dass eine dem ganzen Nervensystem inne wohnende Eigenschaft ein gewisses Gedächtniss ist. Dasselbe lässt sich erfahrungsgemäss dahin formuliren, dass die Widerstände, welche eine gewisse Bahn für die Nervenerregung bietet, durch öftere Benutzung derselben verringert werden." Mit dieser Auffassung stand W. der Auflösung des psychologischen Schulbegriffs Gedächtniss in wirklich rein mechanische Verhältnisse ganz nahe. Auf halbem Wege der Auflösung aber, noch ehe es in seine elementarsten Bestandtheile zerfallen war, erstarrte es zu den Erinnerungsbildern. Durch Zertheilung des einheitlichen Gedächtnisses in viele Erinnerungsbilder, glaubte man der Phrenologie zu entrinnen: statt eines Gespenstes waren nun unendlich viele da, mit denen, um Wernicke's Worte

und Thaten zu verzeichnen: „die Hirnrinde bevölkert“ wurde (Wernicke. Aphasie. p. 5.); nur, während das Gedächtniss früher einen grossen Hirnbezirk für sich eingenommen, musste sich jedes seiner Epigonen mit je einer Rindenzelle begnügen. Der Psycholog steht der Seele so gegenüber wie der Chemiker der Materie. Die ganze kann er nicht fassen, sie ist durchaus vielgestaltig und wechselvoll, er erkennt, dass er die Elemente suchen müsse; auch diese trügen ihn, er schneidet sie in Moleküle und Atome; so theilt der Psycholog die Seele erst in ihre Vermögen, um von hier aus das Gedächtnissvermögen wieder in Erinnerungsbilder zu spalten. Der Chemiker gibt das greifbare auf, um zuletzt mit philosophischen Begriffen zu rechnen — der Psycholog sucht das unbegreifliche durch Theilung greifbarer zu machen. Aber während jener mit den offenbar ganz metaphysischen Atomen die Erscheinungen und ihre Gesetze versteht und erklärt, tragen die Zersetzungsprodukte des Seelenbegriffs, die Erinnerungsbilder, nichts zur Klärung, viel dagegen zur Verdunkelung der physiologischen Verhältnisse bei Hören wir, wie wenig präcis der Begriff des Erinnerungsbildes ist, mit welchem W. in seiner physiologisch sein sollenden Theorie der Geisteskrankheiten fortwährend operirt; niemals kann man genau angeben, ist er ein anatomischer, ein physiologischer oder ein psychologischer, ist er eine Zelle, eine Bewegungsform oder ein Gedankending.

1. p. 130. Der Ort im Gehirn — — dient nicht nur zur Wahrnehmung von Klängen und Geräuschen, sondern auch zur Erinnerung — — man muss ihn sich grob materiell als Vorrathsstätte von Klangbildern — — vorstellen.
2. p. 131. Ueber die Natur der empfindenden und bewegenden Elemente im Gehirn haben wir den Aufschluss gewonnen, dass sie in Erinnerungsbildern, einem ganz bestimmten psychologischen Begriff, bestehe.
3. p. 131. Bestimmt gruppirte Erinnerungsbilder machen unsern ganzen geistigen Besitz aus.
4. p. 132. Der Ausfall der Erinnerungsbilder trifft die ganze Hirnrinde gleichmässig.
5. p. 133. Reizzustand im Gebiet derjenigen Erinnerungsbilder — — erzeugt Grössenwahn.
6. p. 133. Fürs Gehirn kann der Leib nichts anderes sein als eine Gruppe von Erinnerungsbildern.
7. p. 133. Diejenigen Zellenelemente, die wir uns als die körperlichen Substrate der Erinnerungsbilder vorzustellen haben.
8. p. 134. Erinnerungsbilder müssen getreu den Eindrücken, deren Residuen sie sind, entsprechen; sind sie durch einen krankhaften Vorgang verändert, gefälscht —.
9. p. 134. Augenscheinlich die Erinnerungsbilder für männl. u. weibl. Kleidung verloren.
10. p. 135. Das Erinnerungsbild des Sessels war weniger verändert.

Nehmen wir an, W. habe den psychologischen Begriff des Erinnerungsbildes zu Grunde gelegt, wie er selbst sagt, dann erhebt sich die Frage: wie darf man sich Hoffnung machen, unter den physiologischen Grundelementen des Gehirns den psychologischen Begriff zu finden? wie ist das vorstellbar? In welcher Weise hat man sich die Aufbewahrung von Erinnerungsbildern, von Bewegungsbildern im Gehirn und in den Zellen zu denken? Wie kann eine Vorstellung in einer Zelle wohnen? Ausser Kern und Plasma hat nichts Raum in ihr. So stimmt die psychologische Bedeutung des Erinnerungsbildes zu den 7 ersten der angeführten Stellen gar nicht, obschon sehr wol zu den 3 letzten, und zu diesen stimmt *nur* die psychologische Auffassung. — Versucht man es mit der Auffassung des Erinnerungsbildes als einer Bewegungsform oder einer Zelle, so muss vorab bemerkt werden, dass die Uebertragung eines Wortes zur Bezeichnung eines heterogenen Dinges in ein anderes wissenschaftliches Gebiet sehr leicht den Irrthum der Identität beider damit bezeichneten Dinge oder aber bei anerkannter Verschiedenheit die Verwechselung derselben mit einander herbeiführen kann. Augenscheinlich hat der Begriff der Bewegungsform W. öfter bei dem Wort Erinnerungsbild vorgeschwebt; dann aber ist die Stelle 4 und 5 nicht klar verständlich; unverständlich aber 8, 9 und 10: sollen sich da etwa die Atome zu den Miniaturformen männlicher und weiblicher Kleidung geordnet haben? — Und mit der Auffassung der Erinnerungsbilder als Rindenzellen kommt man gar in den wunderbarsten Anthropomorphismus der Zellen hinein.

Kurz in jedem einzelnen konkreten Fall, wo dieser pseudophysiologische Begriff Erinnerungsbild wirklich dienstbar werden soll, wird er (und mit ihm die auf ihn gebaute Theorie) in seiner physiologischen Unklarheit offenbar. Es wird nicht falsch gerathen sein, wenn man den ganzen Irrthum W's auf die zu harmlose Uebernahme des Ausdruckes Erinnerungsbilder in den physiologischen Wortschatz zurückgeführt; in der physiologischen Gesellschaft schien er sich täuschend zu amalgamieren, bis er W. schrittweise im Verlauf des Gedankenprocesses in das phrenologisch-anthropomorphe Fahrwasser hineinzieht, während dieser noch immer und bis zuletzt glaubt, wirklich physiologischen Ansprüchen an Gehirn und Nervenmechanik gerecht zu sein. Daher Front gegen alle Uebertragung psychologischer Nomenclatur in die Physiologie!

Will man den Erinnerungsbildern ihre rechte Stelle anweisen, so darf man sie weder mit dem materiellen Substrat identificiren — das ist nicht Naturwissenschaft, sondern Metaphysik, und zwar die gleiche, die Hegel anwendete, als er sein und nicht sein identisch setzte — noch sie zu einer Kausalwirkung materieller Vorgänge machen, sondern der Physiolog hat das mechanische Gegenstück des Erinnerungsbildes, die mechanischen Vorgänge im Gehirn zu untersuchen, die das Fundiren und Auftauchen von Erinnerungsbildern im Bewusstsein begleiten; er hat es also gar nicht mit dem Erinnerungsbilde selbst zu thun, sondern er hält sich an den blossen Gehirnmechanismus, er untersucht nur „die fortschreitende Auslösung der Spannkräfte;" ob und welche bewussten oder unbewuss-

ten psychischen Erscheinungen nebenher gehen, ist principiell gleichgültig; er verfolgt die tausendfältigen Anstösse der Aussenwelt auf ihrem Wege von der Peripherie an durch das verschlungene Communicationsgeflecht in den Centraltheilen mit Berücksichtigung des dort vorhandenen Reizzustandes und der intercentralen Verknüpfungen hindurch bis zur endlichen Umwandlung in Bewegungen, indem er die complexen psychischen Phänomene als heuristisches Princip zur Auffindung der gesetzmässig verknüpften elementaren Vorgänge benutzt, jene als subjective und daher an sich gleichgültige Erscheinungsweisen dieser objectiven, und darum allein wichtigen Processe ansehend. Die heuristische Bedeutung der psychologischen Begriffe ist für den Kliniker wie für den Physiologen keine unwesentliche, wenn er nur, während er mit ihnen operirt, stets ihres Ursprunges und des Zweckes eingedenk bleibt, sie in Elementarvorgänge aufzulösen, die ganz heterogener Art, nämlich mechanisch sind. In diesem Sinn wird, wenn wir uns an W.'s eigne Worte erinnern: „dass die Widerstände, welche eine gewisse Bahn für die Nervenerregung bietet, durch öftere Benutzung derselben verringert werden", wenn wir also die physiologische Funktion der Uebung auf den Gehirnmechanismus anwenden, das mechanische Aequivalent (ut ita dicam) des Erinnerungsbildes darin bestehen, dass gut „ausgeschliffene" Verbindungsbahnen schon leichten Reizen die Auslösung zahlreicher Spannkräfte, die Mittheilung der Bewegung an die verschiedensten Hirntheile resp. die Umsetzung in Bewegung gestatten. Wir finden also kein konkretes Ding, sondern einen Vorgang, der durch physiologische Bedingungen ermöglicht wird, und physiologisch betrachtet: ein reiner Reflexvorgang ist, eine geschlossene Kette mechan. Bewegungsstösse, welche subj. als Kette von Wahrnehmung, Erinnerung und willkürlicher Handlung erscheint. Auf diesem Wege allein kann das, was W. anstrebt, aber nicht geleistet hat, eine physiologische Auffassung der Psychosen thatsächlich erreicht werden; das principielle Bedürfniss danach ist älter als W.

In der empirisch-psychologischen Deutung der Psychosen durch Erinnerungsstörungen hat W. einen Vorgänger in Schopenhauer. „Der Wahnsinn ist im wesentlichen auf eine gewisse Zerrüttung des Erinnerungsvermögens zurückzuführen." (Parerga 1 p. 246.) „Erreicht der Wahnsinn einen hohen Grad, so entsteht vollständige Gedächtnisslosigkeit." (Welt als Wille II p. 454.) „Die eigentliche Gesundheit des Geistes besteht in der vollkommenen Rückerinnerung — — hier liegt das Kriterium zwischen der Geistesgesundheit und der Verrücktheit". (ibid.) „Weder Vernunft noch Verstand kann den Wahnsinnigen abgesprochen werden, denn sie reden und vernehmen, sie schliessen oft sehr richtig, auch schauen sie in der Regel das Gegenwärtige ganz richtig an und sehen den Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung ein — — daher nun scheint ihre Krankheit besonders das Gedächtniss zu treffen, indem der Faden des Gedächtnisses zerrissen, der fortlaufende Zusammenhang desselben aufgehoben ist. Einzelne Scenen der Vergangenheit stehen richtig da, aber in ihrer Rückerinnerung sind Lücken, welche sie

dann mit Fiktionen ausfüllen, die entweder stets dieselben zu fixen Ideen werden (fixer Wahn, Melancholie) oder jedesmal andern sind." (Welt als Wille I. 28, 226.*) Kehren wir zu den Détails der W.-schen Darstellung zurück, so wird die Schwerfälligkeit und Demenz der Paralytiker klar und einleuchtend aus dem Ausfall der unendlich zahlreichen Erinnerungsbilder der täglichen Sinneseindrücke und ihrer Bedeutung. Wie dagegen die Belebung (W. sagt Reizung) derjenigen Erinnerungsbilder, die die Persönlichkeit konstituiren, den Grössenwahn erzeugen soll, ist nicht recht ersichtlich; man könnte ebensogut Ausfall von Erinnerungsbildern bei bestehendem Expansionsgefühl dafür verantwortlich machen. Besonders gewinnt durch die Theorie des Ausfalls und der Veränderung der Erinnerungsbilder die primäre Verrücktheit: die veränderte Gegenwart, die Rathlosigkeit mit den Schwankungen der Gemüthsverfassung, die der radikalen Umgestaltung des Daseins entsprechenden exorbitanten Erklärungsversuche ergeben sich leicht und übereinstimmend als Rückschlag der Veränderung von Erinnerungsbildern. Allerdings überträgt dann W. unvermittelt die Rathlosigkeit auf die meisten Geisteskranken, so lange sie noch heilbar sind: diese Verallgemeinerung dürfte mit einiger Vorsicht aufzunehmen sein.

Im ganzen betrachtet muss die Wissenschaft W. für das Verdienst dankbar sein, ein Mittel zum bessern psychologischen Verständniss der Psychosen, bes. der primären Verrücktheit angewendet, ferner ein heuristisches Moment zur spätern wirklichen Auffindung einer mechanischen Theorie der Psychosen geboten zu haben.

II. Referate.

287) **A. Pitres**: Sur deux cas de compression de la zone motrice du cerveau sans troubles correspondants de la motilité.

(Progr. med. 1880. Nro. 30.)

Verf. theilt folgende zwei Fälle von Gehirntumoren mit, zum Beweise dafür, dass Tumoren bei der Frage der Localisation der Gehirnfunctionen nicht zu verwerthen sind, weil die durch dieselben hervorgerufenen Erscheinungen unbestimmt und vorübergehend sind und weil bei raschem Wachsthum der Tumoren durch den auf das Gehirn ausgeübten Druck auch entferntere Parthien desselben alterirt werden können. Im Gegensatz hierzu können langsam wachsende Tumoren fast ohne alle Symptome verlaufen.

1. P., 70 Jahre alte Frau, litt an seniler Dementia mit heftiger motorischer Unruhe. Die Muskelkraft in Armen und Beinen war durchaus nicht vermindert. Im Gesicht keine Asymetrie, keine Facialisparese, keine Sprachstörung.

*) Interessant ist Sch.'s Ansicht über das Gedächtniss: „keineswegs ist eine Erinnerung immer dieselbe Vorstellung, die gleichsam aus ihrem Behältniss wieder hervorgeholt wird, sondern jedesmal entsteht wirklich eine neue, nur mit besonderer Leichtigkeit durch die Uebung. — — Denn das Gedächtniss ist kein Behältniss zum aufbewahren, sondern bloss eine Uebungsfähigkeit der Geisteskräfte."

Autopsie: Auf der linken Seite, dem Falx cerebri gestielt anhängend ein grauer Tumor von der Grösse einer Mandel, der die Pia mater intact liess. Dieser Tumor hatte sich in die Furche zwischen dem Paracentralläppchen und der ersten, inneren Stirnwindung hineingedrängt und eine tiefe Impression des Paracentralläppchens und der ersten innern Stirnwindung verursacht. Die unter der Depression liegende Gehirnsubstanz ist normal, die Pia mater an dieser Stelle nicht adhärent. — Keine Herderkrankungen. Gehirnwindungen körnig, wenig vascularisirt.

2. L. A., 22 Jahre alter Schneider, der als einzig krankhaftes Symptom einen geringen Exophthalmus zeigte, verlor plötzlich für 12 Stunden das Bewusstsein. Dieser Anfall hinterliess erschwerten Gang, Schwäche in den untern Gliedern, was ihn jedoch nicht verhinderte nach 4 Tagen seine Beschäftigung wieder aufzunehmen. Bei seiner später erfolgten Aufnahme ins Krankenhaus folgendes Verhalten: Bleiche Gesichtsfarbe, häufiger Farbenwechsel, Schmerzempfindung erhalten, Perception derselben und die Reflexe verlangsamt. Zuweilen Klagen über Kopfschmerzen, später häufiges Erbrechen, cris hydrocephaliques, und Seufzen. Nach einem Anfall von Bewusstlosigkeit Paralyse und Contractur des linken Beines für *einen* Tag. Unter Erscheinungen des Colapsus und unter Hinzutreten absoluter Blindheit und Verlust der Sprache bei erhaltener Sensibilität und Motilität erfolgte der Tod.

Autopsie: Eine faustgrosse Cyste mit 3 Echinococcenblasen zwischen Dura mater und Schädel, unterhalb der rechten regio fronto-parietalis, derselben correspondirend, beträchtlicher Knochenschwund mit Osteophytbildung. Dura mater nicht entzündet. Depression des rechten Vorderlappens nach vorn bis zur Roland'schen Spalte reichend, 5. Cmt. tief. 9 Cmtr. im Durchmesser. Die 3 Stirnwindungen sind trotz der Abplattung zu erkennnn, die absteigende Frontalwindung ist in ihrer Breite sehr beeinträchtigt und zurückgedrängt, bedeckt fast ganz die intacte Parietalwindung.

Die linke Hemisphäre ist nur wenig alterirt, die vordere Hälfte der innern Oberfläche ist nach aussen zurückgeschoben, zeigt eine Impression, welche hinten an der mittleren Parthie des Paracentralläppchens beginnt und die ganze erste innere Frontalwindung einnimmt.

Halbey (Bendorf).

---

288) **Stilling** (Strassburg): Ueber die Kreuzung der Sehnervenfasern im Chiasma. (Internationaler ophthalmol. Congress. Mailand 2. Septbr. 1880.)

(Originalbericht.)

Der Vortragende weist auf Grund vorgelegter, vorzüglich gelungener Präparate vom *menschlichen* Chiasma nach, dass betr. des Faserverlaufes die ungekreuzten Bündel mindestens ebenso zahlreich, als die gekreuzten und letztere fast völlig eingeschlossen von den ersteren sind, so dass die gekreuzten Bündel gleichsam in einer Rinne von ungekreuzten liegen. Ausserdem existirt eine sehr starke vordere Commissur (Commissura arcuata anterior der älteren Anatomen), die beide Retinae miteinander in Verbindung setzt. (Vielleicht liegt darin ein Erklärungsgrund der sympathischen Ophthalmie?)

Die demonstrirten Präparate sind sämmtlich makroskopisch durch Zerfaserung gewonnen nach Analogie der alten Präparations-

methode. Die zu untersuchenden Gehirnstücke werden in Müller'scher Flüssigkeit und Alcohol gehärtet und hierauf in rectificirten Holzessig gelegt. Das Bindegewebe quillt dann auf, wird vollkommen durchsichtig, während die Nervensubstanz gelblich weiss wird und sich leicht in continuo zerfasern lässt.

N i e d e n (Bochum).

---

289) **Stilling** (Strassburg): Ueber eine spinale Wurzel des Sehnerven. (Internationaler opthal. Congress. Mailand 2. Septbr. 1880.)

(Originalbericht.)

Durch die Zerfaserungsmethode hergestellte Präparate ergeben den Nachweis, dass der Sehnerv in directem Zusammenhang mit der Medulla durch eine vom Vortragenden „spinale" genannte Wurzel steht. Dieselbe geht von dem Corpus geniculatum laterale in halbspiraliger Windung zwischen den Bündeln des Grosshirnschenkels in der Tiefe und zeigt das vom Vortragenden demonstrirte Präparat die Fortsetzung des Sehnerven bis in die Pons Varoli hinein. St. bedauerte den weiteren Verlauf in der Medulla hier nicht weiter demonstriren zu können, da der Transport entsprechender Präparate nicht thunlich sei. Die Feststellung einer absteigenden resp. spinalen Sehnervenwurzel vermag nicht nur Licht auf die physiologischen Vorgänge beim Sehen zu werfen, sondern erklärt auch den bisher räthselhaften Connex zwischen Krankheiten des Sehnerven und der Medulla.

N i e d e n (Bochum).

---

290) **E. Chambard**: Ein Fall von Hysterie mit Somnambulismus.

(Besprochen in Annal. méd. psych. Mars 1880.)

Die Kranke ist hereditär stark belastet: Der Vater ist ein körperlich und geistig heruntergekommener Gewohnheitstrinker, die Mutter leidet an Verfolgungswahn mit Selbstmordstrieb, der Bruder ist ebenfalls Potator und eine der Schwestern leidet an ausgesprochener Hysterie. An diesen Theil seiner Mittheilung knüpft Verf. eine weitläufige Betrachtung über die erbliche Uebertragung und Transformation von Neurosen und geistigen Störungen, welche die auf diesem Gebiete bekannten Thatsachen enthält. Nach einer Schilderung sensibler und motorischer Störungen, welche die Kranke darbot, beschreibt er die Anfälle von Somnambulismus. Dieselben hatten zweierlei Formen, indem die Kranke entweder nur in einen hypnotischen Zustand verfiel oder der Anfall sich mit bald mehr bald weniger heftigen Convulsionen verband, denen nicht selten lebhafte Hallucinationen nachfolgten. Diese letzteren Anfälle entstanden entweder spontan oder auf künstliche Weise und zwar sah Verf. die gleiche Wirkung von allen angewandten Mitteln, welche auf physischem Wege in der Application des Magneten, glänzenden Lichtes und der Compression der Ovarien bestanden, während auf psychischem Wege gemüthliche Erregung und Ermüdung der Aufmerksamkeit ebenso das Eintreten des Anfalls bewirkten.

Von Bedeutung erscheint auch die Art der Amnesie nach dem Anfall; diese betraf nicht nur die Zeit des Anfalles selbst, sondern auch Dinge, welche dem Anfall unmittelbar vorhergingen, doch kehrte die Erinnerung an diese lezteren allmählig wieder, während die Amnesie an den Anfall selbst eine vollständige und bleibende war.

Engelhorn (Maulbronn).

---

291) **C. Stenger** (Berlin): Syphilom des linken Centrum ovale nnd der rechten Ponshälfte.

(Arch. f. Psych. etc., Band XI, Heft 1.)

Verf. fand bei einem 45jährigen Schuhmacher, der 18 Jahre vor seinem Tode luetisch geworden war, bei der Autopsie einen fast wallnussgrossen Tumor des linken Centrum semiovale, einen kirschkerngrossen ähnlichen Tumor in der rechten Ponshälfte und eine leichte Trübung der Pia über dem linken Parietallappen. Die wichtigsten Erscheinungen bei Lebzeiten waren: Lähmung der linksseitigen Extremitäten, der rechten Gesichtshälfte, des rechten Abducens, Anarthrie, Schwindel, bedeutende Verminderung des Seh- und Hörvermögens auf der rechten Seite, grosse Apathie und Zerstreutheit, Vergesslichkeit und Schlafsucht. Die Intelligenz war im übrigen intakt. Ueber das Verhalten des Geruch- und Geschmacksinnes ist nichts angegeben.

Nach der Meinung des Verf. hingen die genannten motorischen Erscheinungen von der Ponsaffection ab, worin man ihm beipflichten wird. Die Frage nach der Ursache der rechtsseitigen Seh- und Hörstörungen hat Verf. mit der Unterbrechung der Temporo-Occipitalleitungsbahnen (durch den Tumor im linken Centrum semiovale) in Verbindnng bringen zu müssen geglaubt, indem er sich hierbei hauptsächlich auf die experimentellen Resultate von Ferrier stützt.

Reinhard (Dalldorf).

---

292) **Revillot**: Funktioneller Krampf und Tetanie bei einem Athleten.

(Gazette des hopitaux 68/80 — St. Petersb. m. W. 36/80.)

„R. beobachte bei einem 21jährigen Manne, welcher als umhervagirender Akrobat sich mit der öffentlichen Production ausserordentlicher Kraftstücke abgab und in der That eine ungewöhnlich kräftig entwickelte Muskulatur besass, einen eigenthümlichen Complex von Krankheitssymptomen, die ihn schliesslich zu seinem Gewerbe unfähig machten. Anfänglich stellten sich beim Heben einer schweren Last oder bei sonstigen Körperanstrengungen in den angespannten Muskeln plötzliche, circumskripte, krampfhafte Contrakturen ein, welche steinharte Geschwülste bildeten und so schmerzhaft waren, dass die intendirte Muskelaction unter dem Gefühl plötzlicher Kraftlosigkeit unterbleiben musste. Diese Contrakturen schwanden, sobald Pat. sich Ruhe liess. Zwei Monate später, während welcher Pat. noch immer seinem Gewerbe oblag, trat plötzlich, beim Heben zweier schwerer Hantelen, eine äusserst heftige und andauernde, schmerzhafte, allgemeine Contraktur beider Bicipites, sowie der meisten Muskeln beider Arme und Schultern ein; dieser tonische

Krampf liess nur sehr allmählig nach und kehrte mit der Zeit immer häufiger und bei immer geringeren Anstrengungen wieder. Zugleich dehnte er sich auf immer weitere Muskelgruppen des Körpers aus und ergriff schliesslich auch die unteren Extremitäten. Der Versuch die Arme zu heben oder einige Schritte zu gehen genügte, um den tetaniformen Krampfzustand in den betreffenden Extremitäten hervorzurufen, welcher übrigens auch reflektorisch durch mechanische Reize ausgelöst werden konnte. Wenn man den Musc. biceps zusammenpresste, so sah man die Muskeln des Ober- und Unterarmes sich tonisch anspannen, und wegen des Uebergewichts der Flexoren den Arm sich krümmen und die Hand sich hohl zusammenbiegen. Drückte man eine Wade, so traten analoge Erscheinungen im Bein auf, dasselbe streckte sich, und der Fuss nahm eine Equinusstellung an und verharrte tetanisch in derselben. Erkrankt waren vorzüglich diejenigen Muskeln, welche Patient bei seinen athletischen Kunststücken besonders hatte anstrengen müssen, und bei der häufigen Wiederkehr dieser Zustände kam es schliesslich gar nicht mehr zu einer vollständigen Erschlaffung, sondern die Muskeln, namentlich die am frühesten erkrankten, geriethen in einen Zustand permanenter, wenn auch mässiger spastischer Contraktur. Frei blieben nur die Respirationsmuskeln, sowie die Muskeln des Kopfes, der Augen, des Gesichts und des Halses. Der Zustand des Pat., dem auf diese Weise fast alle Bewegungen unmöglich wurden, war somit ein höchst elender.

Die meisten Analogien dürfte diese Krankheit mit dem sogen. Schreibekrampf besitzen. Hier wie dort war das ätiologische Moment in der Ueberanstrengung der Muskeln zu suchen, und hier wie dort wurden die Krampfanfälle durch die intendirten Bewegungen hervorgerufen. Was die Form des Krampfzustandes selbst anlangte, so hatte derselbe grosse Aehnlichkeit mit der sogen. Tetanie der Extremitäten.

Unter dem Gebrauch von Bromkalium und bei Vermeidung aller Körperanstrengungen besserte sich der Zustand allmählich, so dass das Gehen und leichte Arbeit mit den Händen wieder möglich wurden." Deutsch. Medizinalzeit. 1880. 39.

---

293) **Bourneville et Olier**: Bromaethyl in seinem physiologische Verhalten bei Hysterie und Epilepsie.

(Sociét. de biolog. Sitz. vom 31. VII. 80. Progr. med.)

Verff. machten bei ihren Versuchen mit Bromaethyl folgende Beobachtungen:

1) Bromaethyl beseitigte in den meisten Fällen bei Hysterischen die convulsiven Anfälle. Bei zwei Kranken wurde ein rascher Uebergang vom „Clownismus" zum Delirium beobachtet.

2) Durch Bromaethylinhalationen während der epileptischen Anfälle in dem Stadium des tonischen Krampfes wurde die Muskelcontractur in 3 Fällen in einigen Minuten beseitigt. In anderen Fällen wurde die Dauer und die Intensität der Convulsionen herab gemindert und nur in einzelnen Fällen war kein sichtbarer Effect zu constatiren.

3) Längere Zeit fortgesetzte tägliche Inhalationen brachten bei 5 von 10 Epileptischen eine beträchtliche dauernde Verminderung der Anfälle hervor.

Temperaturabnahme um $1^1/_2{}^0$ während der Inhalation wurde in 5 Fällen beobachtet; dieselbe verschwand nach dem Aufhören der Inhalationen rasch wieder.

Puls und *Respiration* wurden meist beschleunigt. Nur in vereinzelten Fällen Verlangsammung. — Abundanter *Thränenfluss*. Der *Urin* zeigte stets normale Quantität, blieb ohne Zucker und Albumen.

Bei zwei Kranken konnte man im Beginn der Inhalationen vorübergehende Rigidität der Glieder, begleitet von Zittern, besonders in den oberen Extremitäten, beobachten.

Halbey (Bendorf).

---

294) **Müllendorff** (Dresden): Ein Fall von hochgradigster Chorea senilis mit tödtlichem Ausgang.

(Archiv für klinische Medicin. 26. Bd. 5. u. 6. Heft.)

Verf. beschreibt einen Fall von Chorea, welche bei einer 83 jährigen Person zur Beobachtung kam und nach zweimonatlicher Dauer zum Tode führte. Die motorischen Störungen erstreckten sich auf sämmtliche Muskelgruppen, namentlich die Sprache war erschwert. Sensibilitätsstörungen fehlten. Bei der Section (Birch-Hirschfeld) fand sich eine Usur der tabula vitrea des Clivus und eine in schleimiger Erweichung begriffene Enchondrosis ebendaselbst, welche zur Perforation der Dura mater geführt hatte. Entsprechend dem Sitz der Enchondrose war die Brücke comprimirt. Verfasser betrachtet den Reiz, welchen die Neubildung nach Perforation der Dura mater auf die Substanz der Brücke selbst ausübte, als centrale Ursache der Chorea und weist darauf hin, dass der wahrscheinliche Sitz der reparablen Vorgänge bei der einfachen Chorea im Bereiche der leitenden Längsfasern der Brücke zu suchen ist.

Eickholt (Merzig).

---

295) **P. Gallois**: Hémorhagie cerebelleuse.

(Progr. med. 1880 Nro. 31.)

Frau L., 62 Jahre alt, die schon früher eine cerebrale Hämorrhagie erlitten hatte, welche eine incomplete, rechtsseitige Hemiplegie hinterliess, bekam plötzlich das Gefühl als drehe sich Alles mit ihr herum, dann Schwächegefühl und Erbrechen. Die Sprache und das Bewusstsein blieben anfangs intact. Nach $^1/_2$ Stunde trat Verschlimmerung des Zustandes ein; Verlust des Bewusstseins, Störungen des Gesichts und der Sprache, Verminderung der Muskelkraft in Beinen und Armen, jedoch keine vollständige Lähmung, keine Contracturen, keine Convulsionen und Reitbahnbewegungen. Die Sensibilität war erhalten, die Reflexthätigkeit verlangsamt. — Respiration und Herzthätigkeit waren anfangs normal, erstere verlangsamte sich dann (lange inspiratorische Pausen). 2 Stunden nach Beginn des Anfalles erfolgte der Tod.

Autopsie: Gehirngefässe atheromatös entartet. Das Cerebellum ist von frischem Blut umspült, 4. Ventrikel ganz erfüllt von

Blutcoagulis; auch im dritten und in den Seitenventrikeln etwas Blut. Die Blutung war durch eine Perforation des rechten Lappens des Cerebellum erfolgt und stand hierdurch mit einem central, unter dem Oberwurm gelegenen, frischen hämorrhagischen Herd in Verbindung, der sich nach links, und mehr nach rechts in das Cerebellum erstreckte u. der die beiden Oliven gänzlich zerstört hatte. Nur die mittleren Fasern der ped. cerebell. waren erhalten. Der Boden dieser Höhle wurde durch die Wandungen des 4. Ventrikels gebildet. — Der Herd für die alte Hemiplegie wurde nicht aufgefunden. Halbey (Bendorf).

---

296) **J. Crichton-Browne**: Circles of mental disorders. — Modern nervous diseases. (An address, delivered at the opening of the section of psychology of the Britisch medical association.)

(Med. times and gaz. II. 1880, p. 231—237.)

Nach den letzten officiellen Daten gab es in England 71,191, im vereinigten Königreiche 93,634 officiell als solche gezählte geisteskranken Personen, doch ausserhalb dieses inneren, willkürlich und schwankend begrenzten Kreises gibt es noch eine grosse Reihe von Menschen die durch den inoffensiven Charakter ihrer Krankheit keiner legalen Freiheitsbeschränkung unterliegen, aber doch zu einem grossen Theil unter ärztlicher Controlle sind, die auch zum Theil vom Publikum nicht als geisteskrank anerkannt werden und als excentrisch, und halbverrückt gelten. Die Insassen dieses zweiten krankhaften Kreises sind nie gezählt, aber ihre Zahl muss sehr gross sein, so z. B. sind es diese Art Leute, die täglich den Astronomer-Royal mit ihren Erfindungen des Perpetuum mobile, der Quadatur des Cirkels und ähnlichen belästigen, die den Ministerien Weltbeglückungspläne zu unterbreiten nicht müde werden, die den Gerichten lästig fallen. Von den 1700 Selbstmorden jährlich in England treffen nur 30 auch als geisteskrank Rubricirte, aber bei mehr als $^3/_4$ aller lässt sich nachweisen, dass manchmal schon lange Zeit Spuren geistiger Störung vorausgegangen, namentlich melancholische Verstimmung; ebenso können Aerzte bestätigen, dass, wenn es sich um Ausstellung eines Attestes zur Aufnahme in eine Irrenanstalt handelt, häufig schon Monate oder Jahre vorausgingen, bis legale oder medizinische Gründe diese Aufnahme wünschenswerth machten. Um eine annähernde Schätzung der Zahl dieser Insassen des „krankhaften Kreises" zu erhalten, wandte sich C. B. an eine Reihe von Aerzten und Nichtärzten, um in ihrer Bekanntschaft die anerkannt Geisteskranken zu zählen und die (nicht als geisteskrank anerkannten) *Excentrischen* und *Halbverrückten* (*Halb-Narren*); letzterer waren doppelt so viel vorhanden, als manifeste Geisteskranke, und würden sich demgemäss ungefähr 180,000 Occupanten des „krankhaften Kreises" im vereinigten Königreich ergeben. Jenseits dieses Kreises liegt noch ein anderer, der *neurotische* Kreis, in dem die Epilepsie, Paralysis, Ataxie locomotrice, jede Art von Rückenmarkskrankheiten, Neuralgie, Hysterie, Chorea, kurz alle nervösen Störungen, untergebracht werden können; an nervösen Störungen

starben in England und Wales jährlich 70,000 Personen, eine äusserst beträchtliche Zahl bei dem im allgemeinen chronischen Verlaufe der genannten Leiden. Die drei conzentrischen Kreisen befinden sich im fortwährenden Wechsel und Austausch ihrer Glieder: eine neurotische Person wird plötzlich geisteskrank und tritt so in den innern Cirkel, ein manifest Geisteskranker verlässt die Anstalt als gebessert, um dann im „krankhaften Kreise“ weiter zu leben u. s. f. Die Vergrösserung des inneren Kreises d. h. die Zunahme der Geisteskranken in neuerer Zeit, rührt zum Theil davon her, dass jetzt die Grenzen der Kreise anders gezogen werden, mancher jetzt als geisteskrank gezählt wird, der früher nur als Sonderling u. s. f. betrachtet wurde, eine wirkliche Zunahme wird sich wohl nur für den *neurotischen* Kreis nachweisen lassen, aber: *die Neurosen der einen Generation werden nicht selten zu Geistesstörungen in der nächsten.* Verf. führt hier die Erfahrungen des Amerikaners Beard betr. Umwandlung der Constitution der Amerikaner an und glaubt dasselbe für England nachweisen zu können; die Impressionabilität für äussere Eindrücke nimmt mehr und mehr zu, im Allgemeinen ist die jetzige Generation viel schlanker als die frühere u. s. w. Mehr als hierauf legt C. B. Gewicht darauf, dass eine Reihe von Krankheiten (resp. Todesfällen durch diese) die mehr oder minder von nervösen Einflüssen abhängen, zunimmt, so Diabetes (1863—27 Todesfälle auf 100,000 Lebende — 1878 hingegen 43), Nierenleiden (1863 — 215 Todesfälle auf 100,000 Lebende — 1878 aber 338) Herzleiden (1863 — 909 Todesfälle auf 100,000 Lebende gegen 1373 im Jahre 1878), Aneurysmen, Rheumatismus und Gicht: ferner ist zu bedenken, dass eine grosse Reihe von Krankheiten, die früher ungehörigerweise unter nervösen Störungen rubrizirt wurden, jetzt anderweitig eingetheilt sind; trotzdem hat die Zahl der Todesfälle durch nervöse Störungen nicht abgenommen; frühzeitiger Kahlkopf, frühzeitiger Zahnausfall ist viel häufiger geworden gegen früher, für nervöse Störungen sind eigene Spitäler nothwendig geworden, und der Gebrauch der Nervina (Morphium, Hyoscyamus, Conium, Chloral, der verschiedenen Brom- und Arsenikpräparate, Strychnin, Gelsemium) nimmt enorm zu, ebenso der Gebrauch von Thee und Kaffee, wie von Tabak. Eine Hauptursache der Zunahme der Nervosität und der nervösen Störungen ist in der wachsenden Complexität des Lebens zu suchen, die auf alle Klassen und auf alle Lebensalter einen schweren Druck ausübt, und der Erziehung ist keine geringe Schuld beizumessen. Kopfweh bei der Schuljugend nimmt überaus zu, doch ist es schwer, seine Zunahme zu messen, eine ungünstige Erziehungswirkung glaubt aber C. B. darin gefunden zu haben, dass in den letzten Jahren die Zahl der Todesfälle durch Hydrocephalos sich sehr vermehrt hat und zwar im Lebensalter von 5—20 Jahren, ebenso dürfte die Zunahme der Selbstmorde bei zunehmendem Schulunterrichte unbestreitbar sein. Es folgt dann ein interessantes aber im Auszuge nicht wohl mittheilbares Exposé über die Erziehungsziele und Entfaltung und Wachsthum des Gehirns mit sehr viel theroretischem und hypothetischem Beiwerk.

Deutsche Medicinalzeitung 1880. 39.

297) **J. A. Campbell**: Insanity; its treatment and prevention. (Presidential Adress etc.).

(The Lancet 1880 August 28. und September 4.)

Verf. behandelt das Thema mehr im allgemeinen und in grossen Zügen. Er findet, dass die neuere Zeit eine grössere Sorgfalt für das körperliche Befinden der Irren und für das Studium desselben gebracht, dass man bestrebt sei, den Kranken möglichst Freiheit zu gewähren, mehr Rücksicht auf geeignete Beschäftigung namentlich auch im Freien nehme; er weist darauf hin, dass für Unterricht in der Psychiatrie genügend Gelegenheit gegeben werde; dass das allgemeine Bestreben dahin gehe, auch für die Unheilbaren ein möglichst behagliches Dasein zu schaffen. Die allgemeine Ansicht bezüglich der medicamentösen Behandlung fasst er dahin zusammen, dass durch dieselbe nicht schnell und nicht viel geholfen werden könne; gesunde Räume, freundliche Umgebung und Pflege, Hebung der Ernährung, Beschäftigung und Unterhaltung gehören zur Behandlung.

Des Weitern führt dann Verf. aus, dass auch bei Psychosen die Prophylaxis von Wichtigkeit und in mancherlei Art und Weise (Verhalten der Mutter während der Schwangerschaft; Erziehung, eheliche Enthaltung bei Erkrankung; Ehelosigkeit Disponirter; Verhinderung der Fortpflanzung durch Anstaltsaufenthalt etc.) bethätigt werden könne. Karrer (Erlangen).

---

298) **G. Buccola**: Die Zwangsvorstellungen und ihre physiopathologischen Grundlagen.

(Riv. sperim. d. fren. e med. leg. 1880.)

Zu Beginn dieser Arbeit gibt B. ein Bild von dem Entwicklungsgang, den die Lehre von den sogenannten Zwangsvorstellungen, namentlich in Deutschland, genommen hat. — Er theilt hierauf den Fall eines jungen Mannes mit, der fortwährend den Drang fühlte, über die Ursache des Zwangskurses der Banknoten nachzugrübeln, und schliesslich, bei der beständigen Concentration seiner Gedanken auf diesen Punkt, vor seinen Augen immer die Bilder der Banknoten, in ihren verschiedenen Formen, Grössen und Farben sah.

Der Autor erblickt in dem Zustandekommen derartiger Zwangsvorstellungen nicht sosehr eine qualitative als vielmehr eine quantitative Alteration jener Vorgänge, welche die Factoren der normalen Denkthätigkeit darstellen (Aufmerksamkeit, Ideenassociation).

Unter normalen Verhältnissen tritt eine Vorstellung, auf welche die Aufmerksamkeit concentrirt ist, allein klar vor das Bewusstsein, und verweilt eine kurze Zeit, auf dieser Höhe, um aber nach kurzer Zeit entweder in Folge der sich automatisch einstellenden Associationen, oder aber bei freiwilliger Ablenkung der Aufmerksamkeit, durch neue Vorstellungen verdrängt zu werden, welche selbst wieder nach kurzer Zeit andern Platz machen. — Bei dem Vorhandensein von Zwangsvorstellungen ist dieser normale Ablauf der associirten Vorstellungen behindert, ist

die Aufmerksamkeit in übermässiger Weise gegen den einen Punkt hin gerichtet, was nur durch eine abnorme Lebhaftigkeit dieser krankhaften Vorstellung geschehen kann. Eine derartig gesteigerte Thätigkeit muss nun allerdings für gewisse Zellgruppen der Hirnrinde unter den in Rede stehenden krankhaften Verhältnissen angenommen werden: „bei den Zwangsvorstellungen beruht die anomale Associationsfähigkeit auf einem anomal gesteigerten Functioniren einzelner Zellgruppen, welche gewissermaassen mit einer derartigen Intensität schwingen, dass sie ein Weiterverbreiten dieser Bewegung und damit also auch die gleichzeitige Thätigkeit der anderen corticalen Zellgruppen hindern."

Die hemmende Thätigkeit des Gehirnes auf psychischem Gebiete ist unter der Herrschaft eines „tetanischen Krampfes", wodurch der Einfluss des Willens auf diese Thätigkeit aufgehoben wird. Wir haben hier krankhafte Bedingungen auf psychischem Gebiete vor uns, welche auf analoge Weise in der motorischen Sphäre die motorischen Krämpfe bedingen. Den geraden Gegensatz zu den Zwangsvorstellungen bilden die krankhaften Zustände, welche sich durch Ideenflucht characterisiren.

Eine eingehende Untersuchung von Individuen, welche von Zwangsvorstellungen in sehr hohem Grade in Anspruch genommen sind, ergiebt eine beträchtliche Verminderung der Hautsensibilität, welche sich aber nur in jenen Perioden bemerkbar macht, während welcher die gesammte Aufmerksamkeit des Kranken sich auf die krankhaften Vorstellungen concentrit; ebenso erscheint auch die Reactionszeit in den eben genannten Perioden bis zu 2—3 Secunden verlangsamt. Obersteiner (Wien).

---

299) **Eickhold** (Merzig): Ueber die Aetiologie und Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. etc., Bd. 37. 2. Heft).

Die Nahrungsverweigerung bildet entweder ein *Symptom* oder eine *Complication* von Psychosen.

Bei den Kranken, welche auf cerebrospinaler Grundlage beruhende Deglutinationsstörungen haben, zu denen vor Allen die Paralytiker zu rechnen sind, ist sie als *direktes Symptom* zu betrachten.

Anderen Psychosen gehört sie nur als *entfernteres Symptom* an und ist als solches entweder eine instinktive bei gewissen Formen des Blödsinns und der Melancholie, hiebei resultirend aus einem hohen Grade von Passivität, Reactions- und Energielosigkeit, oder eine psychisch begründete, wenn Wahnideen und Sinnestäuschungen herrschen, als Hauptsymptome der Verrücktheit und gewisser Melancholien.

Eine *Complication* ist die Nahrungsverweigerung in solchen Fällen, in denen sich neben der Psychose Störungen im Bereiche des Verdauungsapparates vorfinden; Verf. spricht diesen Fällen einen hohen Procentsatz zu und führt vier sehr lehrreiche Krankengeschichten vor, in deren zweien ein Katarrh, in zweien ein Magen-Carcinom als die Ursache der Nahrungsverweigerung erkannt wurde.

Zur Behandlung übergehend gibt er eine klassische Schilderung der Zwangs-Fütterung, sie mit dem milden Namen einer unangenehmen Procedur belegend (die Bezeichnung „Tortur“ wäre wohl für die meisten Fälle richtiger, Ref.).

Aus eigener Erfahrung und durch das Studium der einschlägigen Literatur kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die Zwangs-Fütterung nicht zu den besten und zweckmässigsten Mitteln bei der Behandlung gerechnet werden darf, und spricht er der Fütterung nur für den Fall das Wort, wenn sie ohne grossen Zwang statt haben kann (der letztere würde die Erregung nur steigern und die Prognose verschlechtern), und wenn die Nahrungsverweigerung directes Symptom ist, also für die Paralyse und die motorisch-ataktische Form von Schüle.

Für alle übrigen Fälle verlangt Verf. eine abwartende, sorgfältige und aufmerksame Behandlung, bei der die Geduld des Arztes nie erlahmen dürfe, und empfiehlt die Nährklystiere mit dem in neuester Zeit nach der Angabe von Adamkiewicz fabrikmässig dargestellten Pepton, das ohne Zweifel in jedem Falle der indicatio vitalis genügen würde.

Am Schlusse fordert er zu Versuchen mit subcutaner Injection von Nährstoffen (Zuckerlösung und Olivenöl) auf, die wohl den Kranken eine kurze Zeit erhalten könnten.

Stenger (Dalldorf.)

---

300) **E. Dufour:** De certaines lésions secondaires aigues chez les aliénés.

(Annal. méd. psych. Janvier 1880.)

Verf., welcher schon früher (Ann. méd. psych. juillet 1876) über den Zusammenhang cerebraler Processe und organischer Veränderungen in den Eingeweiden Publicationen gamacht hatte, theilt eine Reihe von Fällen mit, welche sich in Gegensatz zu seiner früheren Veröffentlichung auf *acut* entstandene Veränderungen beziehen. Während andere Autoren (Charcot, Ollivier, Joffroy, Barety, Pinel) die secundären Erkrankungen der Eingeweide nach circumscripten Herderkrankungen des Gehirns beobachteten, fand Verf. solche auch nach multiplen und verbreiteten Störungen des Centralnervensystems und seiner Hüllen.

Die erste Beobachtung bezieht sich auf einen langjährigen Verrückten, welcher an lebhaften Hallucinationen des Gehörs und heftigem Verfolgungswahn litt. Derselbe war äusserst reizbar und gerieth mit einem Mitkranken in Streit; er fiel dabei zu Boden u. erhielt einen gewaltsamen Tritt mit dem Fusse seines Gegners auf die linke Frontoparietalgegend des Hauptes, welcher ihn sofort tödtete, ehe es dem Wärter gelang die Streitenden zu trennen.

Bei der Section fand sich ausser einer Hautwunde am Schädel und leichten Abschürfungen im Gesicht keine äussere Verletzung. Der Knochen war intakt, der unter der vom Insult getroffenen Stelle gelegene Theil der Hirnhäute und des Gehirnes selbst ohne jegliche Veränderung. Dagegen zeigte sich eine nach hinten

zunehmende, massenhafte Blutung, welche sich in die Furchen des grossen und kleinen Hirns, in die Ventrikel und den Rückenmarkskanal ergossen hatte. An der Basis des grossen und kleinen Gehirns waren zahlreiche Ecchymosen der Hirnsubstanz zu beobachten. Zugleich wurden kleine, rundliche Blutergüsse in die Pleura gefunden, welche apoplectischen das Lungengewebe selbst durchsetzenden Herden entsprachen; ferner Blutungen und Hyperämieen der Leber, des Magens, der Därme, Milz und Nieren.

Diese Beobachtung lehrt als traumatisch entstanden so präcis wie ein physiologisches Experiment die Beziehungen zwischen encephalischen Störungen und Veränderungen der Eingeweide, deren Ursache Verf. in einer Functionsstörung des Sympathicus sucht.

Die übrigen 9 Beobachtungen, auf deren interessante Einzelheiten hier nicht eingegangen werden kann, erweisen sämmtlich acute Störungen in Form von Blutungen in das Gewebe der Lungen, Leber, Milz, Nieren und Därme, Hyperämien oder entzündliche Processen dieser Organe auf, welche im Zusammenhang mit den verschiedensten Anomalieen innerhalb der Schädelhöhle standen.

Engelhorn (Maulbronn).

---

301) **Carlos F. Mac Donald**: Feigned Epilepsy. (Vortrag auf der Versammlung americanischer Irrenanstaltsdirectoren in Philadelphia Mai 1880.)

(American Journal of Insanity Juli 1880 pag. 1—22.)

Nach einer Einleitung, in welcher Verf. über Simulation von Krankheiten überhaupt und Epilepsie insbesondere spricht und erwähnt, dass die americanischen Autoren die Simulation der Epilepsie bisher sehr stiefmütterlich behandelten, ja dass während des 36jährigen Bestehens des Am. Journal of Insanity nie etwas über den beregten Gegenstand veröffentlicht wurde, gibt Verf. die Geschichte eines durchtriebenen Gauners, zumeist aber nach dessen eigener Erzählung.

Derselbe betrieb die Profession eines „Dummy Chuker". Diesen Spitznamen führen in England jene Gauner, welche epileptische Anfälle an öffentlichen Orten simuliren, damit ihre Spiessgesellen bei dem entstehenden Auflaufe Taschendiebstähle ausführen können. Seine Verbrecherlaufbahn begann er im 9. Jahre mit einer Bestehlung des eigenen Vaters, eines Krämers, dessen Ladenkasse er plünderte.

Vom 16. Jahre an betrieb Clegg in London den Taschendiebstahl gewerbsmässig; wurde dann später von einem andern Diebe in ein Gesellschaftshaus derselben eingeführt und nach Ableistung eines Eides in deren Bund aufgenommen. Von einem Dummy Chuker ward er dann mit Hilfe von Büchern und Demonstration am Lebenden in der Simulation von Epilepsie unterrichtet. Bis dahin Taschendieb, bekam er durch Verurtheilung seines Lehrmeisters Gelengenheit selbst Anfälle zu simuliren. Schliesslich aber wurde er auch von der Polizei als ein „Dummy Chuker" arretirt. Auf den Rath seines Vertheidigers bekam er während seiner Verhand-

lung einen Anfall von solcher Naturtreue, dass der Gerichtsarzt nach genauer Untersuchung ihn für einen schweren Fall von wirklicher Epilepsie erklärte, worauf er natürlich in Freiheit gesetzt und von seinen Complicen als „Hauptdummychuker“ erklärt wurde. In Verbindung mit den geschicktesten Taschendieben betrieb er nun das Geschäft weiter. Wegen Stehlerei zu einer Gefängnissstrafe verurtheilt simulirte er auch hier Epilepsie, und wurde, als er einen Schliesser mit Messerstichen verwundet hatte, der Epilepsie wegen milder bestraft (7 Jahre Zwangsarbeit).

In den verschiedenen Gefängnissen wurde er in Folge seiner Anfälle als Epileptiker behandelt, nicht ohne dass er verschiedene harte Proben hatte bestehen müssen; so waren ihm von einem Arzte während des Anfalles ein Messer unter die Fingernägel geschoben worden und reizende Arzneimittel ins Auge geträufelt, was er ohne Zucken ertrug. Anstatt Arbeit zu thun, war er meist auf den Krankenabtheilungen. Dazwischen „besserte“ er sich wieder, um zu leichter Arbeit zu kommen etc. Aus Furcht vor Strafe, wenn er als Simulant entdeckt würde, stürzte er einmal in einem Zellengefängniss 3 Stockwerk hoch im Anfalle über die Treppe hinab, erlitt aber dabei ziemlich schwere Verletzungen am Kopf und im Gesicht, doch hatte er erreicht, dass Niemand mehr an der Wirklichkeit der Epilepsie zweifelte, er besser verpflegt wurde und Nachlass an seiner Strafzeit erhielt. Nach der Entlassung aus dem Gefängniss verübte er ein paar schwere Diebstähle und ging dann nach Amerika. Dort war (im Jahre 1873) die Gaunerei des Dummy Chuker den Polizeiorganen etwas Unbekanntes. Clegg verübte nun wieder mit vielem Erfolg sein „Gewerbe“. Schliesslich wurde er wegen einer Messeraffaire zu Gefängnissstrafe verurtheilt, simulirte wieder Epilepsie, kam dann in das Asyl für irre Verbrecher in Auburn und dort im März 1876 in die Beobachtung des Verf. Dieser setzte Zweifel in die Wirklichkeit der Epilepsie, da der Gefangene bei einem Anfalle den Verf. beobachtete, die Daumen nicht in die Hände eingeschlagen hatte, da die Fingernägel nicht blau waren und weil, wenn er die Hände geöffnet hatte, Inculpat sie sofort wieder schloss. Bestärkt wurde Verf. in seinem Verdacht, als Clegg, dem er schon eröffnet hatte, dass er ihn für einen Simulanten halte, am folgenden Tage bald nach seinem Eintritt in die Zelle eine Reihe von Anfällen bekam. Ausserdem zeigte Clegg, wenn er sich unbeobachtet vom Arzte wähnte, ein ganz anderes Gebahren, als bei der ärztlichen Visite, wo er mit grosser Treue das Wesen, wie es so manche Epileptiker zeigen, nachahmte. Es gelang schliesslich Verf., den Simulanten zum Geständniss zu bringen. Nach Beendigung seiner Gefängnissstrafe trieb Clegg sein altes Wesen weiter, wurde verurtheilt, simulirte wieder und kam, ohne es zu wollen, dadurch wieder in das Asyl, wo er beim Anblick des Verf. sofort die Maske fallen liess und als nichtkrank wieder ins Gefängniss zurückgeliefert wurde. Ausser den schon erwähnten Puncten führt Verf. als solche, die ihn auf die Vermuthung der Simulation führten noch an: das Clegg mit solcher Gewandtheit von seiner Krankheit sprach, dass die Sphincteren nie erschlafft waren und dass nirgends Ecchymosen vorhanden waren. Karrer (Erlangen).

---

302) **A. Fiedler** (Dresden): Ueber den Einfluss fieberhafter Krankheiten auf Psychosen.

(Deutsch. Arch. für klin. Med. XXVI. 3 u. 4.)

Verfasser hat in der vorliegenden Arbeit ausser seinen eigenen einschlägigen Beobachtungen, auf die wir gleich zurückkommen werden, eine recht umfassende und übersichtliche Zusammenstellung alles dessen, was über diesen Gegenstand in der Literatur bereits niedergelegt ist, gegeben. Danach will man von Hippocrates an bis in unsere Tage zuweilen einen heilsamen Einfluss auf Psychosen von folgenden intercurrenten fieberhaften Krankheiten gesehen haben: Blattern, Masern, Scharlach, Febris recurrens, Typhus exanthematicus, Typhus abdominalis, Cholera asiatica, Wechselfieber, Pneumonie, Erysipelas, Furunkel und Zellgewebsentzündung. Von diesen Krankheiten scheint der Ileotyphus und nach ihm dass Wechselfieber den ersten Platz einzunehmen. Freilich machen sich in der Literatur hier und da auch gewichtige Stimmen geltend, die die Möglichkeit eines derartigen Einflusses nach ihren Erfahrungen gänzlich in Abrede stellen zu müssen glauben.

Im städt. Krankenhaus zu Dresden sind nun von 2279 in der Zeit von 1850—79 aufgenommenen Geisteskranken bei einer nicht unbeträchtlichen Zahl durch intercurrente fieberhafte Erkrankungen vorübergehende Besserungen erzeugt worden, darunter befinden sich auch 4 Fälle, in denen völlige und dauernde psychische Genesung beobachtet wurde. Drei derselben betrafen paralytische Männer im Alter von 29—45 Jahren, (im Jahre 1876, beziehentlich 1877 und 1873 aufgenommen), deren Geisteskräfte schon sehr darniederlagen, und wo bereits deutliche Lähmungserscheinungen existirten. In dem ersten Falle trat die Genesung nach einem sehr heftigen Scharlach ein; doch „blieb eine leichte Gedächtnissschwäche zurück". Im zweiten Falle war eine doppelseitige Pleuritis mit ziemlich hohem Fieber der heilsame Faktor; auch hier „blieb das Gedächtniss etwas schwächer als früher" und es fehlte jede Rückerinnerung an das Geschehene. Der Betreffende ist jetzt phtisisch und seinem Ende nahe. In Fall 3 erfolgte die psychische Genesung durch einen Unterleibstyphus mit Darmblutung und hypostatischer Pueumonie; Pat. „hat aber nicht mehr den früheren Ernst und die frühere Energie". Im 4. Falle handelte es sich um eine 40jährige Melancholische, die 1875 aufgenommen wurde. Auch hier brachte ein Unterleibstyphus die Heilung zu Wege. Sämmtliche 4 Fälle sind später noch ärztlich beobachtet worden, so dass man an der Richtigkeit der Thatsachen nicht gut zweifeln kann. (Für den Fall 4 wird man dann auch wohl gerne den causalen Zusammenhang zwischen fieberhafter Frkrankung und psychischer Heilung zugeben und letztere überdies für eine vollkommene halten, da es sich ja hier um eine an und für sich heilbare Psychose gehandelt hat. In den übrigen 3 Fällen wird man aber ebenso gut annehmen dürfen, dass eine wirkliche Heilung gar nicht vorliege, sondern dass es sich um ganz bedeutende und lange Remissionen handle, wie sie in der Paralyse nicht selten bis zu 5, 6 und mehr Jahren, beobachtet werden.

Diese Annahme würde sich darauf stützen können, dass sämmtliche 3 Fälle noch nicht über den genannten Zeitraum hinaus beobachtet worden sind, und dass bei jedem derselben eine Achillesferse (Gedächtnissschwäche, Energielosigkeit) zurückgeblieben ist. Ref.) In Bezug auf den Mechanismus derartiger Heilungen verweist Verf. vor Allem auf die mächtigen circulatorischen Veränderungen, welche durch schwere Fieberzustände hervorgerufen werden. Unter dem Einfluss derselben kann die Blutzufuhr zum Gehirn, die vorher vielleicht eine abnorme war, geregelt und damit die Ernährung dieses Organs wieder gehoben werden; es können ferner verstopfte Gefässbahnen (im Intermittens) wieder wegsam werden, neue Gefässschlingen sich bilden, ja durch massenhafte Auswanderung weisser Blutkörperchen (im Typhus) könnten vollständige Mauserungsprocesse im Gehirn vor sich gehen. Reinhard (Dalldorf.)

---

303) **Schüle:** Handbuch der Geisteskrankheiten, zweite Auflage (XVI. Band des Handbuchs der speciellen Pathologie und Therapie herausgegeben von Ziemssen.)

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage des Schüle'schen Handbuches der Geisteskrankheiten sind kaum zwei Jahre verflossen. Die jetzt vorliegende zweite Auflage wird eine umgeänderte genannt. Es leuchtet einem Jeden ein, welcher den eigenartigen Anschauungen des Verfassers gefolgt ist, dass diese Umänderung keine wesentliche sein kann. Betrachten wir zunächst die formale Seite der letzteren, so registriren wir gern eine schärfere Abrundung mancher Sätze, grössere Anschaulichkeit bei der Schilderung klinischer Bilder und das Fortbleiben von leicht zu Missverständnissen Veranlassung gebenden Wendungen. Was den sachlichen Inhalt betrifft, so ist die Eintheilung des Stoffes dieselbe geblieben. Das erste Buch hat keine Umänderung erfahren. In der allgemeinen Pathologie hat Verf. den Begriff der Katalepsie anders gefasst und die psychophysische Erklärung fallen gelassen. Bei der Ausführung seiner höchst interressanten *Theorie* der *Sinnestäuschungen* unterscheidet er schärfer zwischen *centroperipherer* und *intercentraler* Genese, gesteht aber ein, dass uns die Erkenntniss des pathologischen Vorganges bei der Hallucination noch fehlt. — Unter den allgemeinen Ursachen der Psychosen verdiente (wie in der ersten Auflage) das Climacterium in gleicher Dignität wie das Senium behandelt zu werden. Der Einfluss der Tabes auf die Psychosen wird auf Grund der Untersuchungen von Tigges weiter ausgeführt. Bei dem Capitel *Irresein aus Genitalaffectionen* ist die Erklärung der Wahnfixirung fortgeblieben (cfr. Theorie der Sinnestäuschungen). Die primäre *Verrücktheit* der Onanisten ist ausführlicher behandelt. In der speciellen Pathologie hat Verf. bei dem Nachweise, dass das hysterische Temperament der fruchtbarste Boden für die Verrücktheit ist die hypothetische „psychophysische“ Erklärung fortgelassen, die letztere ist bei der primären Verrücktheit in die Anmerkung verwiesen und das klinische Wesen der Verrücktheit genauer beschrieben worden. Das Capitel: *Depressiver Verfolgungswahn unter-*

mischt mit *Grössenwahn* hat weitere Ausführung und entsprechend dem Inhalte der Grössenideen genauere Specificirung erfahren. Die *Verrücktheit sensu strictori* wird unterschieden in *Verrücktheit* aus *Vorstellungsschwindel* und V. aus *Fragezwang* (maladie du doute). Das Krankheitsbild der *sensuellen Verrücktheit* ist ein allgemein verständlicheres geworden. Bei der *mania furiosa* betont Verf. ein Delirium der Handlungen und ein solches der Vorstellungen. Die *katatonische Verrücktheit* hat eine neue Bearbeitung erfahren und ist in symptomatologischer Beziehung genauer definirt worden. Die Capitel: *Dementia paralytica* und *Cerebropsychosen* sind unverändert geblieben. Rücksichtlich der Therapie der Dementia paralytica wird ausführlicher auf die Nothwendigkeit der Verbringung in ein Asyl im Anfangsstadium hingewiesen und als wichtigstes Erforderniss: Ruhe verlangt. Bei der Besprechung der Prophylaxe der Geistesstörungen weist Verf. auf die Nothwendigkeit der Ueberwachung der Erziehung nervöser oder hereditär belasteter Kinder hin und betont eine Schonung des jugendlichen Gehirns gegenüber den oft zu hohen Anforderungen der Schulerziehung.

Eickholt (Merzig).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 Mark. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 3) Halle a. Saale, Volontärarzt, 1200 M. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 5) Hildburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei fr. Stat. 6) Provinc.-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., fr. Stat. 7) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 8) Marsberg, Volontairarzt, kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 9) Ueckermünde in Pommern, Assistenzarzt, unverheirathet, sofort. 1000 M. und freie Station. 10) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 M., fr. Stat. 11) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, sofort, 900 M., fr. Stat. 12) Wehnen (Oldenburg) Assistenzarzt. 13) Klingenmünster (bayr. Pfalz), Hülfsarzt, 1000 M., fr. Stat. I. Classe. 14) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 M. freie Sation. 15) Göppingen (Dr. Landerer), Assistenzarzt, 1500 Mark fr. Stat. 16) Grafenberg (Düsseldorf), II. Arzt und stellvertr. Director. 17) Pankow bei Berlin (Mendel'sche Anstalt) III. Arzt. 18) Grafenberg (Reg.- Bez. Düsseldorf), Volontairarzt, sofort; fr. Stat. 600 M. 19) Schussenried (Württemberg), Assistenzarzt, 1600 M. völlig fr. Stat. 20) Plagwitz (Schles. prov. Irren-Pflege-Anstalt) Director 4000 M., freie Wohnung und Heizung. Meldung an den Landeshauptmann von Schlesien in Breslau. 21) Bonn (Privatanstalt des Dr. Hertz) Hülfsarzt, Dr. promotus, Ende dieses Jahres, 2400 M., vollständig freie Station. 22) Elgersburg (Thüringen) Wasserheilanstalt, dirigirender Arzt. Bedingungen durch den Besitzer zu erfahren. 23) Alt-Scherbitz (Halle-Leipzig) Volontairarzt, 1. Jan. 1881; 1200 M., vollständig freie Station. 24) Regierungs- und Medicinalrath in Oppeln. — 25) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creuzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Eschwege (Cassel), Galdop (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Hünfeld (Kassel), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Osterode (Königsberg), Sensburg (Gumbinnen), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Besetzte Stellen. Pforzheim, Hülfsarzt: Herr Dr. Otto Feldbausch aus Karlsruhe. Andernach, provinc. Irrenanstalt, Director: Herr Dr. Noetel aus Merzig. Merzig, provinc. Irrenanstalt, Director: Herr Dr. Jehn aus Grafenberg. Frankfurt a. O., Regierungsmedicinalrath: Herr Regierungsmedicinalrath Dr. Pistor aus Oppeln.

Ernannt. Hofrath Dr. Koch in Sigmaringen zum Regierungs- und Medicinalrath daselbst.

Im Interesse der Anstalten und der Herren, welche sich um Stellen bewerben, bitten wir wiederholt um promptere Nachrichten über die Stellenbesetzungen; nur dann sind wir im Stande die vielen Anfragen, die hier einlaufen, genügend zu beantworten.

Die Redaction.

IV. Anzeigen.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

---

3. Jahrg. 1. Dezember 1880. Nro. 23.

INHALT.

I. Originalien.

I.

Sitzung der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 8. November 1880.

Originalbericht für das Centralblatt von Dr. C. REINHARD in Dalldorf.

Herr Remak stellt einen Mann vor, der seit März 1879 in seiner Behandlung ist. Derselbe hatte bereits vorher Wochen lang über Kopfschmerz geklagt und kam wegen eines Schlaganfalles zu ihm. Das linke Bein und der linke Arm waren etwas schwächer als früher, auf der rechten Gesichtshälfte bestand taubes Gefühl, ausserdem war Schwindel und Neigung nach rechts zu fallen vor-

handen. Später trat Neuralgie des rechten 1. Trigeminusastes mit deutlicher Sensibilitätsherabsetzung an der ganzen rechten Gesichtshälfte, besonders für den faradischen Pinsel, ferner Myosis und neuroparalytische Keratitis des rechten Auges ein; die Motilitätsstörung der linksseitigen Extremitäten verschwand fast ganz, dagegen zeigte sich nun auf der ganzen linken Körperseite vom Halse an abwärts, eine Verminderung der Schmerz- und Tastempfindung und des Temperatursinns, während der Drucksinn nicht alterirt ist. Ataktischer Gang, motorische Gesichtslähmung, gestörte Sprache, psychische Störungen, Beeinflussung der Blasen- und Mastdarmfunction, Abnormitäten in den Functionen der höheren Sinne haben nie bestanden. Gegenwärtig ist noch ein subjectives Schwächegefühl in den linken Extremitäten, eine genau mit der Mittellinie abschliessende linksseitige Anästhesie von der oben angegebenen Qualität, eine totale Anästhesie der rechten Gesichtshälfte, Myosis und geringe Neigung nach rechts zu fallen vorhanden. Auf der rechten Cornea ist eine deutliche Trübung zurückgeblieben.

Im Ganzen handelt es sich also um eine Anaesthesie alternée, die auf der linken Seite die gesammten Bahnen für die Sensibilität mit Ausnahme derer für den Drucksinn betrifft, rechts dagegen auf das Gebiet des Trigeminus beschränkt ist, dessen trophische Fasern mitergriffen waren, während die motorische Portion stets ganz unbetheiligt blieb. Der Vortragende macht darauf aufmerksam, dass in der Literatur nur wenige derartige Krankheitsfälle mitgetheilt sind z. B. von Leyden, Brown-Séquard, Hughlins-Jackson und zwei oder drei Anderen. Von den Genannten wurden die geschilderten Symptome auf eine umschriebene Affektion im Pons bezogen, was durch die Sektion einigemale bestätigt ist. Herr Remak glaubt daher berechtigt zu sein, auch in seinem Falle ein Leiden in der Brücke annehmen zu dürfen und zwar in der seitlichen Partie der rechten Ponshälfte etwa an der Grenze ihres mittleren und hinteren Drittels, da wo die Trigeminuswurzel einstrahlt. Indessen muss sich die betreffende Affektion auch bis in den rechten Kleinhirn-Brückenschenkel erstrecken. Dafür spricht der Umstand, dass eine Neigung nach rechts zu fallen besteht. Welcher Natur der zu Grunde liegende Process ist, lässt der Vortragende dahingestellt sein; Syphilis glaubt er mit ziemlicher Sicherheit ausschliessen zu dürfen. Um so ungünstiger scheint ihm die Prognose.

Herr Leyden erwähnt hierauf, dass er kürzlich einen Fall mit ganz ähnlichen klinischen Symptomen zur Sektion bekommen habe, in welchem sich keine Affektion des Pons, wohl aber der Medulla oblongata ergeben habe. Er werde denselben s. Z. genauer beschreiben.

Auf Vorschlag des Vorsitzenden, Herrn Professor Westphal, wird die Discussion über den Vortrag des Herrn Remak auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung gebracht.

Hierauf folgt der angekündigte Vortrag des Herrn Binswanger über „Missbildung eines Gehirns“ mit Demonstration desselben. Das betreffende Gehirn hatte einem Mädchen angehört, das aus einer hereditär nicht belasteten Familie stammte, dessen Vater aber

ein arger Trunkenbold war; eines seiner Geschwister war im zartesten Kindesalter an Krämpfen gestorben. Die Betreffende selbst war völlig ausgetragen und wohl genährt zur Welt gekommen, die Geburt war leicht und ohne Kunsthülfe erfolgt. Es zeigte sich aber gleich, dass die Finger krampfhaft in die Handteller eingeschlagen waren, dass die Arme und Beine etwas in Beugecontraktur standen und von der Kleinen nicht bewegt wurden. In den ersten 4 Lebensjahren konnte das Kind nur mittelst der Flasche genährt werden, da es sonst nicht zu schlucken vermochte; auch später machte ihm das Schlucken von Bissen stets grosse Schwierigkeiten, so dass man mit dem Finger nachhelfen musste. Von vorneherein zeichnet es sich durch eine Neigung zu unarticulirtem Schreien und Grunzen aus. Während sich der Rumpf ganz gut entwickelte, blieben die Extremitäten immer mehr zurück, so dass nie an Gehen lernen gedacht werden konnte. Die Sprache blieb ebenfalls ganz aus, die geistigen Kräfte waren von vornherein fast gleich null. Das Einzige, woran man in späteren Jahren eine Regung geistigen Lebens wahrnehmen konnte, war der Umstand, dass es begierig schrie, wenn es Andre essen sah, und ängstlich verwundert drein schaute, wenn die Mutter es ausschalt. Für gewöhnlich lag es völlig apathisch im Bett, indem nur von Zeit zu Zeit eine Art von klonischen, krampfhaften Bewegungen in seine Glieder fuhr. Im 8. Jahre bekam es zweimal hintereinander ausgesprochene epileptische Krämpfe. Im 11. Jahre starb es an einer intercurrenten Lungenkrankheit. Das Hirn wog circa 1000 grm., also etwa 120 Grm. unter dem Mittelgewicht für das Gehirn eines Kindes von 11 Jahren. Der horizontale Schädelumfang betrug 43. Ctm. Am Schädel und an der Dura war nichts bemerkenswerthes, dagegen erschien die Pia im Verlauf der grösseren Gefässäste weisslich getrübt und leicht verdickt und an vielen Kreuzungsstellen ihrer Maschen von kleinen weissgrauen Knötchen- oder punktförmigen Einlagerungen durchsetzt. Die Gefässe an der Basis waren etwas eng. Nach Abzug der Pia, der leicht von Statten ging, zeigte sich die Oberfläche des Gehirns im frischen Zustande wie „fein gefältelt". Ungleichheiten beider Hemisphären waren nicht vorhanden. Auffallend war das Fehlen der Centralwindungen auf beiden Seiten, wenigstens fand sich nur an der einen Hemisphäre eine rudimentäre Andeutung einer hinteren Centralwindung. An der Fossa Sylvii fehlt beiderseits der hintere Ast, auf beiden Seiten geht die Roland'sche Furche direkt in die Sylvi'sche Furche über. Die Frontalwindungen erscheinen sehr einfach, ohne eine Spur von secundärer Furchung, höchstens mit einigen wenigen tertiären Impressionen. Die Wurzel der 3. Stirnwindung ist besonders schwach entwickelt. Trotz dem nimmt das Stirnhirn fast zwei Drittel des ganzen Hirns ein. Auf beiden Seiten existirt eine sehr exquisite und weit reichende Fissura occipitalis. Die Fissura Hippocampi und Calcarina sind durch eine Leiste des Gyrus Hippocampi getrennt. Die Interparietalfurche ist beiderseits nur sehr schmal und seicht. Das Temporal- und Occipitalhirn lässt eine vielfältigere Furchung erkennen. Beide Grosshirnhälften bedecken das Kleinhirn kaum zur Hälfte. Der Vor-

tragende glaubt nun, dem Ausfall des spontanen Bewegungsvermögens im Leben der Betreffenden auf das Fehlen der als psychomotorische Centren urgirten Centralwindungen, das Unvermögen zu sprechen aber auf die mangelhafte Entwicklung des Operculums und besonders der Wurzel der 3. Stirnwindung beziehen zu dürfen, während er für die hochgradige Geistesschwäche die Gesammtatrophie (s. v. v.!) verantwortlich macht. Das Ganze beruht nach ihm auf einer Entwicklungshemmung im foetalen Leben, die höchst wahrscheinlich durch einen pathologischen Process (vielleicht der Pia) bedingt war.

Herr Wernicke ist der Ansicht, dass die von Binswanger als Roland'sche Furche bezeichnete Fissur die Interparietalfurche darstelle, und dass demnach letztere in die Sylvi'sche Spalte münde, — ein Verhalten, wie er es bei der höchstentwickelten amerikanischen Affenart beobachtet habe. Gerade dadurch, dass die hinteren Centralwindungen bedeutend unter das Niveau gesunken seien, wäre dies Verhalten zu Stande gekommen. Dass es sich übrigens wirklich um die Fiss. interparietal. und nicht um die Fiss. Roland. handle, gehe auch schon aus der Configuration des oberen und unteren Scheidelläppchens hervor, die beide durch die constanten Plies de passage mit den jenseits der Fiss. occipital. gelegenen Hirnpartien verbunden seien. Ueberhaupt erinnere noch vieles Andere an diesem Gehirn an einen gewissen Atavismus, so z. B. das bedeutende Prävaliren des unteren Scheitelläppchens über das obere, die starke Entwicklung der Fiss. occipital. (sog. „Affenspalte") und das Zurücktreten der Grosshirnhemisphären gegenüber dem Kleinhirn.

Herr Binswanger erwidert hierauf, dass er ja ausdrücklich betont habe, die vorderen Centralwindungen seien gar nicht und die hinteren nur ganz rudimentär vorhanden, so dass man sie als Plies de passage auffassen könne. Im Uebrigen müsse er bei seiner Auffassung beharren, dass man hier in dem in die Sylvi'sche Spalte mündenden tiefen und breiten Sulcus die Roland'sche und nicht die Interparietalfurche vor sich habe; denn wenn Letzteres der Fall wäre, so müsste die streitige Furche in ihrem obersten Theil viel weiter nach rückwärts schweifen und die Occipitalfurche quasi überflügeln, wie es bei allen ihm bekannten Gehirnen thatsächlich der Fall gewesen sei.

Herr Wernicke erwidert, dass er den vorderen Ast der Interparietalfurche bei seinem Erklärungsversuche im Auge habe, da sich diese Furche ja bekanntlich gabelförmig theile.

Herr Mendel erklärt, dass er sich der Binswanger'schen Auffassung anschliessen müsse, zumal da, falls wirklich der vordere Ast der Interparietalfurche die streitige Fissur bilde, doch wenigstens der Zusammenhang zwischen einem vorderen und hinteren Aste zu sehen sein müsse, was hier für die fragliche Furche nicht der Fall sei.

Herr Westphal fragt Herrn Wernicke, wie er sich denn bei einer atavistischen Auffassung grade den Mangel der Centralwindungen erkläre, da bekanntlich die Affen im normalen Zustande

doch eine hochentwickelte Motilität besässen, was bei der Patientin doch absolut nicht der Fall gewesen sei.

Herr Wernicke erklärt hierauf, dass er die vorliegenden Abnormitäten für die Folge einer Entwicklungshemmung halte, die ihn durch ihre grosse morphologische Aehnlichkeit mit gewissen Affengehirnen an die Erwähnung der atavistischen Lehre gemahnt hätten, ohne dass dieselbe als seine eigene Auffassung anzusehen sei. Uebrigens werde eine atavistische Auffassung allein durch das Fehlen der Centralwindungen noch nicht über den Haufen geworfen, da die psychomotorische Funktion der letzteren ja gerade das zu beweisende sei. Jedenfalls halte auch er das Fehlen resp. die rudimentäre Entwicklung der Centralwindungen in diesem Falle für etwas Pathologisches.

Herr Binswanger theilt zum Schluss der Debatte noch mit, dass er bislang nur kleine Stückchen aus den Frontalwindungen des betreffenden Gehirns mikroscopisch untersucht habe. In diesen habe er viele grosse, von den meisten Forschern als „psychomotorische" angesehene Ganglienzellen gefunden. — Auf die Frage des Herrn Sander, ob er auch das Rückenmark untersucht habe, bedauert er, dass ihm dasselbe nicht zugestellt sei.

II.

Ueber die Positivität der elektrischen Spannung am menschlichen Körper.

Eine vorläufige Mittheilung.

Von Dr. THEODOR STEIN in Frankfurt a. Main.

Durch mannigfache Untersuchungen der Physiologen, in erster Linie Du Bois-Reymond's, ist nachgewiesen worden, dass Nerven und Muskeln aus einem regelmässigen Systeme peripolarer elektrischer Moleküle bestehen und jedes dieser Moleküle eine positive Aequatorialzone und zwei negative Polarzonen besitzt. Man hat an einzelnen Muskeln deren elektromotorische Kraft in obigem Sinne erprobt, jedoch hat es bis jetzt nicht gelingen können, den *Gesammtstrom* des menschlichen Körpers, von dem man theoretisch annahm, dass er an der Oberfläche peripherisch als positiver Strom, kreise, experimentell nachzuweisen. Wo auch immer im Innern des Körpers die elektromotorische Kraft ihren Sitz haben möge,*) stets wird man eine Vertheilung der Spannung auf der Oberfläche nachweisen können, so dass man sich nach dem von Helmholtz aufgestellten „Prinzipe der elektromotorischen Oberfläche" die elektromotorische Kraft durch eine Vertheilung elektrischer Spannungen an der Oberfläche des leitenden Körpers ersetzt denken kann. Jeder Punkt der Oberfläche eines „Leiters", also auch des menschlichen Körpers, nimmt nach jenen Gesetzen eine Spannung an, welche die Summe derjenigen Spannungen ist, welche durch die Wirkung jeder einzelnen elektromotorischen Kraft im Körper erzeugt werden.

---

*) Vgl. Dr. J. Rosenthal, Elektrizitätslehre für Mediziner, Berlin 1869, Seite 141 und 142. —



Es ist mir nun experimentell gelungen, bei jedem Menschen eine grosse Menge perpetuirlich an der Oberfläche des Körpers beständig in Spannung gehaltener positiver Elektricität nachzuweisen. Diese Thatsache steht mit dem Du Bois-Reymond'schen Gesetze von der Positivität der Aequatorialzone der Muskelmoleküle, sowie mit der angeführten Helmholtz'schen Lehre im Einklange. Um die elektr. Spannung an der Körperoberfläche nachzuweisen, liess ich mir nach dem Modelle eines Crookes'schen Radiometers eine Lichtmühle, deren vier Flügel aus dünnen Glimmerblättchen bestehen und *nicht* geschwärzt sind, anfertigen. An der Glaskugel sind zwei sich gegenüberstehende Röhren äquatorial angelöthet, die ihrerseits an den Enden eingeschmolzene Platindrähte mit Oesen tragen, welche in zwei senkrecht eingelöthete Aluminiumschalen von 1 Centimeter Durchmesser übergehen. Setzt man diesen Apparat in die Stromleitung eines selbst ganz kleinen Ruhmkorff'schen Induktionsapparates, so dreht sich wie durch die Crookes'schen Versuche über die sogenannte „strahlende Materie" bekannt geworden ist, das eingeschmolzene Flügelrad stets in der Richtung vom negativen zum positiven Pole. Wendet man den Strom, so wenden sich mit ihm die Bewegungs- und Lichterscheinungen, stets an dem negativen Ende das Glimmlicht erzeugend und in geraden Strahlen die in dem luftverdünnten Raume schwingenden Moleküle sichtbar vor sich her treibend. Ich bemerke bei dieser Gelegenheit, dass schon Hittorf im Jahre 1869 ähnliche Experimente, wie neuerdings Crookes, in Poggend. Ann. Bd. 212 beschrieben hat.

Wird der positive Pol von der Lichtmühle ausgehängt und dessen Leitungsdraht nach der Erde, am Besten durch eine Gasleitung abgeführt, so bleibt eine ganz schwache unipolare Lichtwirkung am negativen Pole bestehen. Hängt man das negative Drahtleitungsende ab und verbindet dieses mit der Erde, so erhält man in dem kleinen Lichtmühlenapparate eine positive unipolare, aber noch weit schwächere, kaum merkbare Lichtwirkung; das Flügelrad indess bleibt in beiden Fällen ruhig, ohne sich zu drehen. Lassen wir nur das negative Drahtende auf die Lichtmühle einwirken und setzen an Stelle des abgeleiteten positiven Endes einen menschlichen Finger oder irgend einen anderen Körpertheil an, so erstrahlt sofort der Lichtglanz wiederum im Innern des Apparates, und die Mühle bewegt sich anfangs langsam und nach einigen Secunden rascher von dem negativen Pole gegen die Hand des menschlichen Körpers hin. Hält man den Finger oder einen anderen Körpertheil in einiger Entfernung von der mehrerwähnten Platindrahtöse, so springen perpetuirlich Massen von Funken knisternd über, welche den Stromkreis herstellen. Um eine jede Möglichkeit der Ueberleitung elektrischer Ströme von der Erde aus auf den menschlichen Körper auszuschliessen, stellte ich mich und Andere, mit denen ich diese Experimente vornahm, auf einen geprüften hohen Isolirschemel und führte die Experimente in einem Zimmer aus, in welchem die Luft durch geeignete Heizvorrichtungen ausgetrocknet war. Um jede der nothwendigen Kautelen beachtet zu haben und eine immer noch mögliche directe Ueberleitung durch die

Luft von dem Induktionsapparate aus auf den menschlichen Körper auszuschliessen, leitete ich einen sehr langen Draht von dem negativen Pole des Induktionsapparates durch ein Stockwerk des Hauses hindurch in ein entferntes Zimmer, welches keine Gasleitung enthält, damit ich auch sicher war, dass der abgeleitete Strom nicht wieder durch die sich in dem Hause verzweigende Gasleitung zugeführt würde und hier durch die Luft an den menschlichen Körper gelange. In diesem entfernten Zimmer nun wurde die Crookes'sche Lichtmühle aufgestellt, das zu untersuchende Individuum auf den Isolirschemel gebracht und das obige Experiment unter gleichen Effekten wiederholt. Es konnte demnach der positive Strom, welcher Veranlassung zur Bewegung der Lichtmühle gab, nur aus dem menschlichen Körper durch Influenz von Seiten des zugeleiteten negativen Stromes aus dem weitentfernten Inductionsapparate seine Erklärung finden. Immer bewegt sich bei den verschiedensten von Crookes construirten Apparaten der Strom vom negativen zum positiven Pole. Auch bei dem erwähnten Auflegen der Hand bewegt sich stets das Flügelrad, sowie der Strahl beweglicher sichtbarer Luftmoleküle von dem negativen Pole nach der aufgelegten Hand. Macht man das Experiment umgekehrt, so dass die Hand an die Stelle gelegt wird, mit welcher das negative Drahtende verbunden war, verbindet dieses ableitend mit der Erde und hängt das positive Ende der Drahtleitung an den Apparat an, so ändert sich sofort die Lichterscheinung und die Bewegung insofern, als der Lichtstrahl und das bewegte Flügelrad sich wiederum nach der menschlichen Hand zu bewegen. Würde nun in diesem Falle der menschliche Körper nur Elektricitätsleiter für die aus dem Induktorium strahlende Elektricität sein und keine selbstständigen Elektricitätsmassen an seiner Peripherie festhalten, so müsste doch nach dem mehrerwähnten Gesetze sich das Flügelrad von der Hand weg nach dem positiven Pole zu bewegen. Hier tritt aber der umgekehrte Effekt ein. Der menschliche Körper steht in der Spannungsreihe der elektropositiven Körper höher als der positive Strom des zuführenden Apparates und verwandelt in eigenthümlicher Weise nun den Strom des Apparates wendend, die seitherige positive Strömung desselben in eine entgegengesetzte. Dass die vom menschlichen Körper ausstrahlende Elektricität positive ist, kann durch folgendes, ebenfalls hierhergehörige Controlexperiment zur Evidenz bewiesen werden.

Schaltet man in die Drahtleitung eine längliche Geissler'sche Röhre ein, welche mit irgend einem Gase gefüllt ist und in ihrer Mitte sich capillar verschmälert, so geht der gebildete molekulare Lichtstrahl ebenfalls vom negativen zum positiven Ende. Der Theil des Lichtstrahls, von dem negativen Ende der Röhre bis zur Mitte, hat die Eigenschaften der negativen, derjenige, welcher von der Mitte zum anderen Ende der Röhre geht, die Eigenschaften der positiven Elektricität. Nähert man nämlich den Nordpol eines Magneten dem negativen Theile des Strahles, so wird derselbe angezogen; nähert man aber den gleichen Pol dem positiven Theile des Stromes, so wird derselbe auf der ganzen Strecke abgestossen, welche der

Magnet berührt. Mit dem Südpole des Magneten ist es umgekehrt. Derselbe Effekt wird mit dem menschlichen Finger erzeugt, indem dessen ausstrahlende positive Elektricität den negativen Strahl anzieht, den positiven jedoch auf der ganzen Strecke abstösst, soweit die Wände der Geissler'schen Röhre von dem betreffenden Finger oder der ganzen Hand berührt werden.

Ein weiterer Beweis, dass es sich bei der von dem menschlichen Körper ausstrahlenden Elektricität um positive handelt, ergibt ein Controlversuch mit der Reibungs-, sowie mit der Influenz-Maschine. Von beiden Apparaten ist man bekanntlich im Stande, positive und negative Ströme abzuleiten, während man den Gegenstrom zur Erde führt. Verband ich nun das positive Ende der Crookes'schen Lichtmühle mit dem positiven Conduktor einer der beiden Elektrisirmaschinen, so erhielt ich ganz die gleichen Effekte wie ich solche mit der menschlichen Hand erreichte, während das Umgekehrte, Zuleitung eines negativen Stromes zum Stromschluss der Lichtmühle keinen merklichen Effekt ausübte. Die erwähnten Erscheinungen sind vom Kopfe bis zu den Füssen des menschlichen Körpers die gleichen. Ueberall strahlt *positive* Elektricität aus. Wir müssen daher annehmen, dass die negative Gegenspannung im Innern des menschlichen Körpers sich befindet und zwar mit grösster Wahrscheinlichkeit im Nerven- und Muskelsysteme. Ich habe die Experimente sowohl angekleidet als entkleidet vorgenommen. Zu Controlversuchen ist letztere Vorsicht geboten.

Die gleichen Experimente wurden mit einer grossen Anzahl anderer Körper angestellt und zwar in erster Linie Metalle, in zweiter Linie viele andere Materien benutzt. Die verschiedensten Metalle, welche ich, auf dem Isolirschemel stehend und solche mit einer ca. einen Meter langen trocknen Hartkautschukpincette haltend, dem positiven Polende des Prüfungsapparats näherte, riefen bei ihrer Annäherung schwache Lichteffekte hervor, während Körper aus Bein, Kautschuk, Holz, Wolle, Seide, Papier etc. keinen Lichteffekt erzeugten. Ich benutzte Platin, Gold, Silber, Kupfer, Zinn, Zink, Eisen, Blei, Aluminium und Kohle und war bei den verschiedenen Metallen ein verschiedener Grad der Lichtintensität und der molekularen Schwingungen zu beobachten, jedoch gerathen die Moleküle dabei nicht in einen solchen Grad von Bewegung, dass sie die Lichtmühle in Rotation zu setzen im Stande wären. Ein „elektrischer" Einfluss der Metalle auf die *sichtbaren* Moleküle ist dadurch entschieden erwiesen, und dürfte das Experiment vielleicht einen Aufschluss auch über den merkwürdigen Einfluss der Metalle in der Metallotherapie geben.

Es könnte vom physikalischen Standpunkte aus gegen meine Experimente der Einwand erhoben werden, dass es sich um Contaktwirkungen zwischen der als Leiter zweiter Ordnung anzusehenden menschlichen Haut und den Metallen, welche von derselben berührt werden, um die Verbindung mit der Crookes'schen Röhre herzustellen, handle. Dagegen spricht aber ein Control-Experiment; wenn man nämlich gar keine Metallverbindungen an der Crookes'schen Röhre anbringt, sondern mit dem Finger nur die Glaswände berührt

treten ganz dieselben Bewegungs- und Licht-Effekte auf, wie ich sie oben geschildert habe. Uebrigens könnte es auch möglich sein, wie mir von einem hervorragenden Fachmann auf dem Gebiete der Elektrophysik mitgetheilt wurde, dass wenn die Crookes'sche Röhre mit dem negativen Pole des Induktionsapparates verbunden sei und man dem anderen Ende der Röhre einen isolirten Leiter, der eine grosse Oberfläche habe, nähere, auf diesen ein Theil der freien negativen Spannung übergehen könne bis sein Potential gleich dem anderen Ende des Rohres würde. Wäre in diesem Falle die Oberfläche gross genug, um ein Entweichen der Elektricität in die Luft zu verstatten, so könnte das beobachtete Phänomen continuirlich werden. Um diesem Einwande zu begegnen, machte ich das Lichtmühlenexperiment an einer Leiche. Die oben geschilderten Bewegungs-Effekte des Rädchens blieben dabei aus. Elektrische Erscheinungen am todten menschlichen Körper, in seiner Eigenschaft als Leiter waren dagegen vorhanden. Auch die Mittheilungen von Gruenhagen (Zeitsch. für rationelle Medicin Bd. XXIV 1865), sowie die Bemerkung von Rosenthal (amtlicher Bericht der Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, München 1877 S.245) sind hierher gehörig.

Gruenhagen hat die unipolare Wirkung freier Spannungen an der Oberfläche thierischer Körpertheile auf Grund eingehender Prüfungen mit Froschschenkeln und deren Reaction gegen unipolare Ströme beschrieben, während Rosenthal im Anschlusse an die Sachs'schen Mittheilungen über die unipolare Reizung bei Berührung des Gymnotus, solche auf Nervenreizung durch statische Electricität zurückführte. Die betreffenden Strömungen seien ganz analog denen, welche bei der sogenannten unipolaren Reizung mit Hilfe der Induktionsapparate aufträten.

Es geht wohl aus diesen Citaten hervor, dass eine influenzirende Einwirkung der elektrischen Oberfläche thierischer Körpertheile insbesondere bei Froschmuskeln und bei elektr. Fischen auf Induktionsströme und umgekehrt schon beobachtet wurde, dagegen sind gleichartige Erscheinungen am menschlichen Körper in Form eines stark influenzirenden Gesammtstromes experimentell bis jetzt noch nicht nachgewiesen worden. Auch die unipolare Einwirkung der Induktionsströme, welche bezüglich der angewandten Heilelektricität Dr. Th. Clemens in seinem Werke „über die Heilwirkungen der Elektricität“ (S. 56 und S. 727) besonders betont, und auf einen Ausgleich der von seinen Apparaten ausgehenden Spannung positiver und negativer Elektricitäten zurückführt, lassen sich nach meinen obigen Experimenten aus der an und für sich an der Oberfläche des menschlichen Körpers befindlichen bedeutenden Spannungselektricität erklären. Die von dem erwähnten Autor als auf „unipolare“ Wirkung zurückgeführten Ströme dagegen, die er erreicht, wenn er den Patienten auf eine grosse, unter dem Boden seines Zimmers unsichtbar angebrachte Zinkplatte setzt, die mit dem negativen Pole seiner Batterie verbunden ist, während er die positive Elektrode dem Körper applicirt, sind wohl nicht als unipolare, sondern wohl

nur als durch den Fussboden und das Schuhwerk des Clienten geschwächte, gewöhnliche bipolare Wirkungen zu bezeichnen.

Ausserdem fand ich in der einschlägigen Literatur einen Aufsatz von G. Meissner über das elektrische Verhalten der Oberfläche des menschlichen Körpers (Zeitschrift für rationelle Medicin III. 12. Bd. 1861) in welchem derselbe mit Hilfe eines empfindlichen Goldblatt-Elektrometers positive elektrische Spannungen auf der Oberfläche des Körpers nachweist und zu dem Resultate kommt, dass es sich bei den betreffenden auf sein Elektroscop übertragenen physikalischen Effekten um Influenzerscheinungen handelt. Die Versuche Meissner's wurden später von Hankel als Friktionsphänomene, sowie als Folge der Berührung heterogener Leiter bezeichnet. Dagegen glaube ich, dass die in Obigem geschilderten Experimente die Meissner'schen Beobachtungen wieder in ihre Rechte einsetzen werden.

Alle von mir mit der erwähnten elektrischen Lichtmühle ausgeführten Versuche lassen sich auf das elektrodynamische Grundgesetz zurückführen, dass die Anziehung und Abstossung der Ströme proportional dem Produkte der beiden Intensitäten ist. Es handelt sich bei den betreffenden Beobachtungen um höchst kräftige Influenz-Erscheinungen in Bezug auf die, auf der Oberfläche des menschlichen Körpers in Spannung befindliche Elektricität und gebe ich mich der Hoffnung hin, dass berufenere Physiker und Physiologen auf Grund obiger Beobachtungen noch manches interessante aufklärende hieraus resultirende Ergebniss gewinnen und auch die Neurologen, denen die Gelegenheit geboten ist, die gleichen Experimente an Nerven-Leidenden, insbesondere an Hysterischen und Hemianästhetischen anzustellen, solche erproben werden.

II. Referate.

---

304) A. Pitres: Nouveaux faits relatifs à l'étude des localisations cérébrales.
(Progr. med. 1880 Nro. 32.)

1) P., 59. Jahre alt, litt an progressiver Muskelatrophie. Es bestand aber *keine* Hemiplegie. Die Sensibilität war intact. *Autopsie*: Corticale Erweichung von 5 Ctm. im Durchmesser, den ganzen unteren rechten Parietallappen einnehmend, dehnte sich bis zum hinteren Drittel der 1. und 2. Temporalwindung aus und erstreckt sich in die Tiefe bis dicht an das temporale Horn des Seitenventrikels. Das übrige Gehirn u. R. M. normal.

2) Bei einem Phthisiker fand man bei der Section einen nussgrossen Abscess im lob. occiptalis dextr., der fast alle weissen Fasern desselben zerstört hatte, eingeschlossen von einer 2 Millimeter dicken Membran. Im Leben bestanden *keine* Motilitätsstörungen.

Diese beiden Fälle zeigen, dass selbst sehr ausgebreitete Läsionen der Corticalsubstanz ausserhalb der motorischen Zone zu keinen permanenten Motilitätsstörungen führen.

3) Frau X. 68 Jahre alt, litt an chronischer Manie, die später in Blödsinn überging. *Keine* motorischen Lähmungserscheinungen. *Autopsie:* Allgemeine Atrophie der Gehirnwindungen. Mandelgrosser, gelblicher Erweichungsherd im Kopfe des Nucl. caudat. der nur auf die graue Substanz begrenzt ist. Die Caps. int. ist nicht afficirt. Dieser Fall spricht gegen die Ansicht Ferriers, der das Corp. striat. als ein Organ ansieht dessen Läsion motorische Lähmung bei erhaltener Sensibilität hervorrufe, er bestätigt vielmehr die Ansicht von Frank und Pitres, welhe behaupten, dass die Reizung der Streifenhügel nicht mit Bewegungen antworte und genau darauf beschränkte Zerstörungen keine motorischen Lähmungen zur Folge hätten. Dagegen seien Läsionen der Caps. int. stets mit dauernden Störungen der Motililät verbunden.

4) C h. 73 Jahre alt. Seit mehreren Wochen *rechtseitige Hemiplegie mit Aphasie.* Secundäre Contractur in der rechten oberen Extremität; in der unteren war dieselbe kaum zu bemerken. *Autopsie:* In der linken Hemisphäre gelblicher Erweichungsherd des Fusses und der Oberfläche der dritten Frontalwindung der unteren Hälfte der aufsteigenden Frontalwindung und des mittleren Drittels der aufsteigenden Parietalwindung. Caps. int. Seh- und Streifenhügel nicht afficirt. Secundäre Degeneration im linken Hirnschenkel, linken vorderen Pyramide und des rechten Seitenstranges in der Cervical- und Dorsalregion.

Durch diesen Fall wird die Ansicht, dass Destruction der motorischen Zone und der dritten Frontalwindung dauernde Hemiplegie der anderen Seite und Aphasie bedinge, bestätigt. —

5) L. 43 Jahre alt, wurde plötzlich von rechtseitiger Hemiplegie, amnestischer Aphasie und Articulationsstörungen befallen. Sehr deutliche Contractur der rechten ob. Extremität, geringer in der unteren. Sensibilität sehr herabgesetzt in der ganzen paralysirten Seite. *Autopsie:* Abundante seröse Infiltration in die Maschen der Pia mater. Erweichungsherd in der linken Hemisphäre, der im unteren Pediculo-Frontalbündel beginnt, die innere Capsel und das Corpus striat. einschliesst und im unteren Pediculo-parietalbündel endigt. Die Erweichung zerstört also die Continuität der hinteren Fasern des Fusses des Stabkranzes. — Secundäre Degeneration des linken Hirnschenkels, der linken Brücke, der vorderen linken Pyramide und des rechten Seitenstrangs.

Die rechtseitige Hemiplegie und Hemianaesthesie finden ihre Erklärung durch die Läsion der Capsula interna und des Fusses des Stabkranzes. Die Aphasie erklärt sich durch die Zerstörung der Fasern, welche die graue Substanz des Fusses der dritten linken Frontalwindung mit dem übrigen Gehirn verbinden.

6) C. 70 Jahre alte, cachektische Frau wurde von einer Parese des linken Armes befallen, die am anderen Tage complet war. Weder Bewusstseinsstörung nach Convulsionen. Langsame Besserung. Tod nach 3 Wochen. *Autopsie:* Kleiner nussgrosser Erweichungsherd in dem mittleren Pediculo-Frontalbündel dicht unter der Rindensubstanz. Im Corp. striat. u. thal. optic. fanden sich einige kleine stecknadelkopfgrosse Lacunen.

Die Monoplegie des Armes war bedingt durch die Läsion des mittleren Pediculo-Frontalbündels

7) Frau X. 18 Jahre alt, wurde von plötzlicher Bewusstlosigkeit mit linkseitiger Hemiplegie befallen. Später leichte Contractur in den gelähmten Gliedern. Specialsinne intact. Sensibilität links herabgesetzt. Intelligenz beträchtlich abgeschwächt. Behinderte Sprache. Tod nach $3^1/_8$ Monaten. *Autopsie: Linke Hemisphäre.* 8 kleine Tumoren von Erbsengrösse haften an der inneren Fläche der Pia mater, welche die Rindensubstanz einfach zurückgedrängt haben; 2 liegen im sulcus praefrontalis, 5 in den Furchen des lob. parietalis und 1 im lob. occipitalis. — An der mittleren Partie der untern parietalen Furche confluirende Haufen von kleinen tuberculösen Geschwülsten, welche sich 3 bis 4 Millm. in die erweichte Rindensubstanz einsenken. *Rechte Hemisphäre:* Längs der Fossa Silvii, der Roland'schen und interparietalen Furche, am mittleren Drittel der aufsteigenden Frontalwindung und in den 2 obern Drittel des Paracentralläppchens auf der Pia mater milchig getrübte Flecken und Erweichung der darunter liegenden Rindenschicht. An der unteren Fläche der mittleren und oberen Frontalbündel 2 induvirte käsige Tuberkelmassen, wodurch deren Fasern bis in die Nähe der Caps. int. zerstört sind. — Absteigende secundäre Degeneration im linken Seitenstrang. Im Cervicaltheil des R.-M. ist der rechte Türk'sche Strang sclerosirt.

Dieser Fall zeigt, dass Destruction der motorischen Zone anderseitige Hemiplegie zur Folge hat, während dies bei Läsionen ausserhab dieser Zone nicht der Fall ist.

Die Fälle 1, 4 und 7 zeigen ferner, dass alte Rindenläsionen nur dann secundäre absteigende Degeneration bedingen, wenn die motorische Zone afficirt ist. Halbey (Bendorf).

---

305) **Eisenlohr:** Ueber einige Lähmungsformen spinalen und peripheren Ursprungs.
I. Ein Fall von Bleilähmung nebst Bemerkungen über generalisirte parenchymatöse Neuritis.
II. Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der spinalen Kinderlähmung.

(Archiv für klinische Medicin 26. Band, 5. u. 6. Heft.)

Ad I. Die in Nr. 5 des Centralblattes für Nervenheilkunde gegebene Notiz über einen Fall von Bleilähmung 1879 wird durch Details aus der klinischen Geschichte und mikroskopischen Untersuchung ergänzt. Im Rückenmark fanden sich keine Veränderungen, an den Nerven dagegen Vermehrung der bindegewebigen Fasern des Endoneuriums neben Atrophie der Nervenfasern, an den Muskeln degenerative Atrophie. Verf. glaubt entgegen der Ansicht von Remak für die meisten Fälle von Bleilähmung eine primäre Läsion der motorischen Nerven annehmen zu müssen. Er findet eine Stütze seiner Behauptung in dem von ihm im Centralblatt veröffentlichten Falle von „idiopathischer subacuter Muskellähmung und Atrophie," welcher scheinbar einen spinalen Typus darbot. Der

Hauptbefund war auch hier ein normales Rückenmark und intacte Nervenwurzeln, dagegen ausgeprägte Degenerationsvorgänge an der contractilen Substanz der Muskeln sowie an den Axencylindern und dem Nervenmark. Mit Rücksicht auf die von A. Joffroy aufgestellte spontane generalisirte parenchymatöse Neuritis stellt Verf. die Vermuthung auf, dass auch die Muskeln primär oder gleichzeitig mit den intramusculären Nerven und motorischen Nervenstämmen ergriffen werden können.

Ad. II. Die beiden Fälle von spinaler Kinderlähmung sind dadurch ausgezeichnet, dass es sich um eine Myelitis der Vordersäulen handelte und zwar um eine Uebergangsform von diffuser zu Herderkrankung. Die Vorderseitenstränge und Hinterhörner nahmen an dem Erkrankungsprocess ebenfalls Antheil. Die Myelitis wird als eine *alle Gewebe* umfassende bezeichnet entgegen der Charcot'schen Ansicht, welcher eine primäre Alteration der Ganglienzellen annimmt. Die Differenzen, welche sich in dem anatomischen Befunde beider Fälle finden, werden mit der verschiedenen Dauer der Erkrankung — 6 und 13 Monate — in Verbindung gebracht. Die Veränderung der Muskeln bestand in einer einfachen Verschmälerung und Vermehrung der Kerne die der Nerven ebenfalls in einfacher Atrophie. Zum Schlusse wird auf das constante Vorhandensein der Entartungsreaction bei Kinderlähmung hingewiesen und die Ueberzeugung ausgesprochen, dass von einer Galvanotherapie wenig Erfolge zu hoffen sind.

Eickholt (Merzig).

---

306) **Eichhorst**: Ueber Regeneration und Degeneration des Rückenmarkes.

(Zeitschrift für klinische Medicin Bd. I.)

Experimentelle Untersuchungen zur Lösung der Frage, ob das Rückenmark im Stande ist, sich functionell und anatomisch wieder herzustellen, nachdem es in seiner Continuität vollständig unterbrochen wurde, sind schon wiederholt unternommen worden. Die Untersuchungen von Masius und Vanlair erscheinen nicht beweisend für eine anatomische Degeneration des Rückenmarkes bei Fröschen. Brown-Séquard, welcher an Warmblütern experimentirte, konnte nachweisen, dass eine anatomische und functionelle Degeneration nach Durchtrennung des Rückenmarkes eintritt. Zu denselben Ergebnissen gelangten später Dentan, Naunyn und Eichhorst, welche an Säugethieren Versuche anstellten. Die absprechende Kritik, welche diesen Untersuchungen von Seiten Schieferdeckers zu Theil wurde, veranlassten den Verfasser eine neue Bearbeitung des vorliegenden Themas aufzunehmen. Er experimentirte an neugeborenen Hunden unter Berücksichtigung aller Cautelen nach antiseptischen Grundsätzen und gelangt zu dem Resultate „dass eine anatomische und functionelle Regeneration des Rückenmarkes beim Hunde zu Stande kommt und dass dieselbe unter Umständen in einer verhältnissmässig kurzen Zeit bis zu einem auffällig hohen Grade gedeihen kann." Freilich sind Individualität und Zufall bei der Wiederherstellung der Continuität des

Rückenmarkes massgebend, wie namentlich aus dem Versuch 3 erhellt. Sehr interessant sind die Beobachtungen bei dem zweiten Versuchsthiere. Nach Wiedereintritt der willkürlichen Bewegungen in den früher gelähmten Theilen wurde nämlich eine gewisse Ataxie bemerkt, welche wohl zum Theil darin ihre Erklärung findet, dass eine Wiederherstellung der Sensibilität nicht erfolgt war. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich eine unverkennbare Neubildung von Nervenfasern. Eine Regeneration von Ganglienzellen erscheint dem Verfasser zweifelhaft.

Die degenerativen Veränderungen beschränkten sich nur auf die Rückenmarksstümpfe als unmittelbare Folgen des traumatischen Eingriffes. Eine strangförmige und secundäre Degeneration war nicht nachweisbar. Die letztere Thatsache findet nach der Ansicht des Verfassers darin ihre Erklärung, dass die Nervenfasern junger Thiere anderen Ernährungsgesetzen unterworfen sind.

Eickholt (Merzig).

---

307) **Franz Müller** (Graz): Symptomatologie und Therapie der Tabes dorsalis im Initialstadium.

(Separatabdruck aus den „Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steyermark“ für das Vereinsjahr 1879. Graz 1880. Leubuscher und Lesblensky.)

Verf. beginnt die Beschreibung der Symptome der ersten Stadien der Tabes mit den oculären Störungen und erwähnt als sehr wenig beachtet bis jetzt eine plötzlich auftretende Presbyopie, die gewöhnlich nur *ein* Auge befällt. Es handelt sich bei genauerer Exploration um eine Accomodationsparese, rep. paralyse; in 2—3—6 Wochen ist die Sehstörung geschwunden; unter 21 Fällen in 1½ Jahren beobachtete sie Verf. 8 Mal. Sie kann allein als vollständig isolirtes Symptom auftreten oder vergesellschaftet mit Lähmung der sphincter pupillae oder mit Mydriasis paralytica. Später kann es dann zu flüchtigen, vorübergehenden Lähmungen des abducens, oculmotorius, trochlearis kommen. Die spinale Myosis vermisste Verf. unter 21 Fällen 4 Mal vollständig; sie scheint nicht zu den constanten Initialsymptomen zu gehören, während die reflector. Pupillenstarre (ohne Myosis) als ein sehr frühes und fast constantes Symptom angesprochen wird (Myosis mit reflect. Pupillenstarre kommt nach Erlenmeyer (dies. Centralbl. Nro. 21. 1880) meist nur in vorgerückten Stadien der Tabes zur Beobachtung Ref.) Die beginnende, progressive Sehnervenatrophie wird nach Charcot geschildert, die Gesichtsfelddefecte, oftmals das erste Zeichen der Atrophie werden klinisch in 2 Gruppen getheilt. Directes Sehen intact, während indirectes Sehen schon vollständig unmöglich geworden. Damit parallel laufen die auffälligen Störungen der Farbenperception, zuerst die für Grün, dann für Roth, während bei hysterischen Dyschromatopsien am frühesten die Perception für Violett verloren geht. Bei disseminirter Herdsclerose mit Sehnervenatrophie im Initialstadium ist volle Erhaltung des Farbensinns vorhanden.

Unter den sensibelen Störungen werden die blitzartigen Schmerzen, das Gürtelgefühl, die cutane Analgesie und Anaesthesie, die

Form von O. Berger, nach welcher starke Schmerzreize, namentlich tiefe Stiche, nicht empfunden werden, näher besprochen. Die Störungen der Reflexe sind seit Westphal, Erb, Berger u. A. so bekannt, dass wir sie nur zu erwähnen nöthig haben.

Ein hartnäckiger Magencartarrh, den zuerst Erlenmeyer als Symptom bei beginnender Tabes eingehend gewürdigt, der stets plötzlich und mit voller Intensität einsetzt, neben einer hartnäckigen Obstipation wird unter den vegetativen Störungen aufgeführt. Abnahme der Geschlechts- und Blasenfunction, neuralgiforme Rectalschmerzen, heftiger Tenesmus sind manchmal frühe Störungen bei Tabes.

Die visceralen Störungen geben Verf. Veranlassung die bekannten gastrischen Krisen zu besprechen, die oftmals viele Jahre hindurch das einzige Symptom der Krankheit ausmachend, die Patienten schrecklich quälen. Auch die Krampfhustenanfälle und die nephritischen Krisen werden erwähnt. Articuläre und ossäre Störungen gehören mit den lancinirenden Schmerzen zu den allerersten, wenn auch zu den seltensten Symptomen der Tabes; seröse Ergüsse in's Gelenk mit Anschwellung derselben, die bald nach einigen Wochen ad integrum restituiren, bald zu Usur und Subluxation führen, spontane Fracturen, namentlich Schenkelfracturen, die überraschend schnell heilen, gehören hierher. Die Frequenz des Pulses ist gewöhnlich gesteigert, 90—100 in der Minute.

Unter 21 Fällen fand Verf. bei 11 notirt, dass im Beginn, je in 2 Fällen vor dem Einsetzen der lancinirenden Schmerzen, eine starke Hyperidrosis bestand, die ja schliesslich einer Anidrosis Platz macht.

Die locomotor. Störungen treten in der ersten Periode der Tabes in den Hintergrund. Eine Abnahme der motor. Leistungsfähigkeit und Ausdauer, ein geringer Grad von Ungeschicklichkeit und Schwerfälligkeit bei Ausführung complicirter Bewegungen mit den unteren Extremitäten, ist gewöhnlich alles, was constatirt werden kann.

In 2 Fällen wurde von Verf. Peroneuslähmung beobachtet.

In der Therapie bespricht Verf. das Regimen, die Badetemperaturen, die zwischen 27° und 15° R. liegen, einzelne Arzneimittel, wie Arg. nitr., sec. cornut. und vor allem die Electricität. Gegen die gastrischen Krisen werden die Chapmann'schen Schläuche gerühmt, bei Laryngealkrisen Chloroforminhalationen, bei Blasenschwäche Tinct. nuc. vom.

In Betreff der Frage, ob Syphilis in der Aetiologie eine grosse Rolle spiele, die ja noch sub judice ist, gehört Verf. augenblicklich noch zu den Zweiflern. (Verf. hätte in der Therapie die Dehnung grosser Nervenstämme, erwähnen können. Ref.)

Die am Schlusse der Arbeit beigefügten Krankengeschichten möge man im Originale nachlesen.

Goldstein (Aachen).

308) **H. Schüssler** (Bremen): Neuralgie des occipitalis major. Nervendehnung. Heilung.

(Berl. klin. Wochenschrift Nro. 39. 1880)

Eine 53jährige, unverheirathete Dame klagte seit 3 Jahren über stechende und bohrende Schmerzen in der rechten Nackenhälfte. Steigerung auf Druck an 3 Stellen, dort, wo der Occipital. major durch den Rand des cucullaris tritt, in der Mitte seines subcutanen Verlaufes und an seiner Theilung in der Höhe der crista occip. ext. Diagnose: Neuralgie des occipit. major, peripherer Natur durch Erkrankung des Neurilems bedingt. Nervendehnung unter antiseptischen Cautelen: Freilegung der Nerven, Praeparation bis zur Durchtrittsstelle durch den Cucularis und herauf bis zur crista occipit. extr. Herausschälung aus stark verdicktem Neurilemm, Anziehung central und peripher. Vom 4. Tage an blieben Schmerzen fort und kehrten nicht wieder. Heilung p. prim. intent. Der Effect ist hervorgerufen durch Befreiung des Nerven von seiner abnormen Ernährung, welche veranlasst war durch die pathologische Veränderung seiner Hülle. Goldstein (Aachen).

---

309) **F. S. Clouston:** Puberty and adolescence medico-psychologically considered.

(Edinburgh. medical Journal. Juli 1880.)

Wir entnehmen der Arbeit, welche eine physiologische und pathologische Schilderung der Pubertät und Adolescenz gibt einige Bemerkungen.

Das Pubertätsirresein ist ein seltenes, denn während 50% der Bevölkerung in Schottland unter 20 Jahren stehen, bilden die in demselben Alter stehenden Kranken nur 1,5% der Anstaltsbewohner. Das Pubertätsirresein ist ein eminent erbliches Irresein, welchem Umstande in der Erziehung und Heranbildung erblich veranlagter Kinder Rechnung zu tragen ist. Verf. wendet sich bei dieser Gelegenheit gegen die in den Erziehungsanstalten herrschende geistige Ueberbürdung.

Verf. Behandlung des Jünglingsirresein ist folgende:

Reichliche Bewegung in freier Luft, morgendliche Regenbäder, vorwiegende Milchdiät, Vermeidung der Alcoholica, möglichste Einschränkung des Fleichgenusses; Leberthran, phosphorsaurer Kalk ein Tonicum amarum. Verf. fand dass bei Milchdiät die Kranken weniger aufgeregt waren, auch weniger masturbirten als bei Fleischdiät; er glaubt auch seit Einhaltung obigen Regimens bessere Heilerfolge erzielt zu haben. Wenn der Patient nach anfänglichem Gewichtsverlust bald (innerhalb der ersten drei Monate) anfängt zuzunehmen, etwa 1—2 Pfd. wöchentlich, so hält Verf. die Prognose für sehr günstig.

Bei Kindern mit neurotischer Anlage will Verf. angegebene Diät prophylactisch angewendet wissen.

Karrer (Erlangen).

---

310) **Edward C. Mann**: Contribution to the study of mental and nervous diseases, with cases illustrative of treatment.

(The Journal of nerv. and ment. disease. Chicago July 1880. pag. 428—442.)

Verf. behandelt in diesem Artikel die Dipsomanie und Opiumsucht.

Nur in seltenen Fällen fand er bei Dipsomanie keine erbliche Anlage; in der Regel fanden sich bei den Eltern oder Geschwistern: Irrsinn, Trunksucht, allgemeine Paralyse, Scrophulose, Dipsomanie. Meist sind die Dipsomanen unfruchtbar; wenn sie aber Nachkommenschaft erhalten, so ist bei derselben erbliche Disposition vorhanden, die Kinder erkranken an epileptiformen Anfällen, an verschiedenen Neurosen, werden geisteskrank oder selbst Dipsomanen. Die Patienten selbst sind ungemein geneigt zu Neuralgien, deren Sitz wohl hauptsächlich im Centralorgan zu suchen ist; sie leiden an frühzeitigem Altern des Geistes, an Characterschwäche, allgemeiner Abschwächung der geistigen Fähigkeiten, ferner an unregelmässiger Herzthätigkeit und Palpitationen.

Die Behandlung hat hauptsächlich in richtiger Körper- und Geistesthätigkeit zu bestehen; gleichmässige nicht zu anstrengende Beschäftigung, Fernhaltung schädlicher Reize, Bewegung in freier Luft, gute Ernährung bei Sorge für ordentliche Verdauung; tonische Mittel, besonders Phosphor in Leberthran $^1/_{100}$—$^1/_{12}$ Gran; Hammond'sche Pillen bestehend aus Zinkphosphat mit Extract. nuc. vomic., warme Bäder, Monobromcampher oder Gelsemium bei Schlaflosigkeit; ferner als das wirksamste Mittel Electricität, sowohl im faradischen als constanten Strome mit täglichen ein- bis zweimaligen Sitzungen von 15—20 Minuten Dauer.

Der Abschnitt über Opium- und Morphiumsucht gibt historische Notizen über Opiumgebrauch und Missbrauch, bringt Angaben über die Art des Missbrauches in den verschiedenen Ländern, dann eine kurze Schilderung der Symptome. Verf.'s Behandlung besteht in anfänglich beträchtlicher Herabsetzung der gebrauchten Dosis und dann allmählicher gänzlicher Abgewöhnung, im Zeitraume von 10—12 Tagen. Unterstützt wird die Kur durch Electricität, warme Bäder, Tonica.

Verf. hat von dieser Behandlung sehr günstige Erfolge gehabt; in der Regel sind die Patienten nach 4—6 Wochen schon bedeutend gebessert und haben 15 bis 25 Pfd. an Gewicht zugenommen.

Karrer (Erlangen).

---

311) **Ludwig Meyer** (Göttingen): Ueber die temporisirende Anwendung der Hypnotica.

(Berl. klin. Wochenschrift 1880. Nro. 37.)

Nach einem Excurs über das Bromkalium, welches bei manialischen Zuständen sich als kräftiges Hypnoticum erwiesen hat, wenn man nur gehörige Dosen (2—4 Grm.) auf einmal Abends gegeben, kommt Verf. zur Erörterung der Frage, warum nach einem durch ein Hynoticum erfolgten Schlaf, in der folgenden und zuweilen zweitfolgenden Nacht der Schlaf sich von selbst einstelle. Eine Nach-

wirkung des Mittels für so lange Zeit muss von vorn herein ausgeschlossen werden und es kann nur in Betracht kommen das periodische Eintreten des normalen Schlafes und psychische Einwirkung. Der grosse Einfluss der Ermüdung auf Hervorrufung des Schlafes ist bekannt und dass Ruhe den Schlaf befördert, eine alltägliche Erfahrung. Auch die Gewohnheit spielt eine grosse Rolle und wer gewohnt ist, nach Tisch zu schlafen, wird vom Schlafe zur selbigen Zeit überwältigt, wenn er auch gerade nicht vorher gespeist hat. Wenn nun durch irgend ein Hypnoticum den fehlenden Schlaf zur früher gewohnten Zeit herbeigeführt ist, so haben wir den starken Factor der Periodicität wieder zur Geltung kommen lassen. Joh. Müller konnte sich gedankenruhig hinlegen und einschlafen, wann er wollte, wodurch gewissermassen experimentell die psychische Beeinflussung des Schlafes nachgewiesen worden. Die Erinnerung an die vergangene Nacht, wo man ruhig geschlafen, bringt jene Gedankenruhe hervor und lässt den Schlaf von neuem, ohne Hypnoticum, eintreten. Goldstein (Aachen).

---

312) **James G. Kiernan**: The psychoses of secondary fever of syphilis.

(The Journal of nervous. and ment. diseas. Chicag. Juli 1880.)

Verf. hat 4 Fälle beobachtet, bei welchen einige Wochen nach syphilitischer Infection unter Fiebererscheinungen geistige Störung auftrat. Es waren die Erscheinungen acuter Verwirrtheit mit Angstgefühlen begleitet von schreckhaften Hallucinationen. Die Hallucinationen hatten grösste Aehnlichkeit mit solchen bei Delirium tremens. Drei der Patienten waren auch Alcoholisten. Verf. glaubt aber, dass die Hallucinationen von Mäusen, Insecten, Wölfen etc. zurückzuführen seien auf die osteoscopischen Schmerzen der Kranken, für welche dieselben unwillkührlich falsche Erklärung gesucht und gefunden hätten. Als beste Behandlung empfiehlt Verf. Quecksilbereinreibungen.

Karrer (Erlangen).

---

313) **M. G. Echeverria**: Marriage and Hereditariness in Epileptics.

(Journ. of ment. science Oct. 1880.)

Im ersten Theile der vorliegenden Arbeit, wird die wie es scheint noch immer nicht von allen Aerzten verlassene Ansicht, das Epilepsie häufig durch die Ausübung des Beischlafes geheilt werde, durch einige Beispiele widerlegt, bei dieser Gelegenheit wird auch das Verhalten der Aerzte und Gesetzgeber verschiedener Länder gegenüber der Heirathen epileptischer Personen besprochen. —

Von besonderem Interesse sind aber die auf ein beträchtliches Material gegründeten Angaben über die Erblichkeitsverhältnisse bei Epileptikern. — Von 136 verheiratheten Epileptikern (62 Männer, 74 Frauen — 135 Familien, denn in einem Falle waren beide Eltern krank) stammen 553 Kinder, über deren Gesundheitszustand folgende Tabelle vorliegt.

In der frühesten Kindheit starben	Männl.	Weibl.	Zusammen.
an Convulsionen	89	106	195
an anderen Krankheiten	16	11	27
Todgeboren	9	13	22
Epileptisch	42	36	78
Idioten	11	7	18
Geisteskrank	5	6	11
Gelähmt	22	17	39
Hysterisch	0	45	45
Choreatisch	2	4	6
Schielend	5	2	7
Gesund	63	42	105
	264	289	553

Die Epilepsie wird von mütterlicher Seite her leichter übertragen, als von väterlicher, betrifft aber im ersten Falle nicht bloss die Töchter sondern auch die Söhne, und umgekehrt. Jene Epileptiker, welche selbst schon erblich belastet sind weisen bezüglich ihrer Nachkommenschaft auffallend ungünstigere Resultate auf; bei ihnen sind bloss 13.39% der Kinder gesund, während die Epileptiker ohne erbliche Anlage 26.81% (fast genau das Doppelte) gesunde Kinder zeugten. Bloss 7 epileptische Kranke hatten nur gesunde (18) Kinder. Im Durchschnitt zeigen sich an der Hälfte der Kinder (49. 72%) Erscheinungen der Epilepsie, es ändert sich also die Natur der Erkrankung nicht so häufig, als von vielen Seiten angegeben wird.

Aus Allem aber ist der Schluss zu ziehen, dass bei der nachweislich hochgradigen Uebertragbarkeit der Epilepsie, der Arzt nicht allein mit Rücksicht auf den Kranken selbst, sondern auch auf deren eventuelle Nachkommenschaft eine grosse Verantwortung übernimmt, wenn er zur Heirath Epileptischer räth.

Obersteiner (Wien).

---

314) **M. Hurd**: Recent judical decisions in Michigan relative to insanity. (Vortrag.)

(American Journal of Insanity. 1880 Juli.)

Der Aufsatz enthält die Geschichte eines Falles von „unberechtigter Freiheitsberaubung." Eine Kranke, welche auf Wunsch ihrer Verwandten in ein Asyl aufgenommen und später gebessert entlassen worden war, ohne dass sie eine klare Erinnerung an die Vergangenheit erlangt hatte, verklagte 2 Jahre nach der Entlassung den Director wegen widerrechtlicher Freiheitsberaubung und forderte Schadenersatz. Der Richter kam, weil Patientin genaue Angaben über ihren Aufenthalt in der Anstalt machte, zu der Annahme, dass sie nicht krank gewesen sei. Eine Untersuchung ihres geistigen Zustandes zur Zeit ihrer Klagestellung wurde, wie es scheint, nicht vorgenommen, man bekommt aber aus der Schilderung den Eindruck, als ob es sich um eine Verrückte handele.

Der Richter ging von dem Grundsatze aus, dass ohne gerichtliches Verfahren Niemand seiner Freiheit beraubt werden dürfe, und

verurtheilte den Director zu 6000 Dollar Schadenersatz. Der oberste Gerichtshof, an welchen der Verurtheilte appellirte, sprach ihn jedoch frei. Im Erkenntniss war ausgeführt, dass einem Anstaltsdirector eine Art richterliche Entscheidung über seine Kranken zukomme; und dass, auch wenn er einmal im guten Glauben gestützt auf seine Ueberzeugung, einen Fehler bezüglich der Aufnahme eines Kranken begehen würde, er dennoch nicht strafbar wäre.

In angereihten Bemerkungen nimmt Verf. einen gleichen Standpunkt ein, betont, dass eine Zurückhaltung in einer Heilanstalt nicht Freiheitsberaubung oder Gefängniss sei, und erachtet es als nothwendig, dass dem Anstaltsarzte ein Urtheil nicht blos bezüglich der Aufnahme eines Individuums sondern auch bezüglich des Verweilens in der Anstalt zukommen müsse, damit er nicht etwa durch ungeheilte oder unzufriedene Kranke verklagbar wäre.

Karrer (Erlangen).

---

315) **Morselli und Angelucci**: Mord und Selbstmordsveruch.
(Giorn. internaz. delle scienze med. 1880.)

316) Dieselben: Muttermord.
(Raccoglitore medico 1880).

Im ersten Falle handelt es sich um einen Mann der schon zur Zeit seiner vor 9 Jahren erfolgten Verehlichung als geisteskrank galt. — Es stellten sich häufig, besonders im Frühling, Angstanfälle ein in denen er sich verfolgt wähnte, bewaffnete Menschen sah, die ihn ums Leben bringen wollten, allerlei Stimmen hörte und gelegentlich auch aggressiv wurde. Leider hatte man es verabsäumt, dem Kranken die gehörige Ueberwachung zu Theil werden zu lassen; und so konnte es geschehen, das er einen ruhig mit seiner Arbeit beschäftigten Menschen anfiel, und mit einer Hacke erschlug. — Das Gutachten der beiden Sachverständigen lautete selbstverständlich dahin, dass der Mord in unzurechnungsfähigem Zustande verübt worden sei. Im Kerker, wohin man ihn zunächst gebracht hatte, versuchte er sich mittelst eines Kruges am Kopfe zu verwunden. — Der weitere Verlauf der Krankheit während der Behandlung im Irrenhause zu Macerata bot wenig bemerkenswerthes. Nach einem Jahre starb der Kranke an Pneumonie. — Hyperaemie des Gehirns und seiner Häute, Oedem der inneren Hirnhäute besonders linkerseits, zahlreiche Ependymgranulationen. —

Der zweite Fall betrifft einen, erblich belasteten Mann, welcher durch einen lang anhaltenden chronischen Darmcatarrh sehr herabgekommen und geschwächt, geisteskrank wurde. Er lief unbekleidet auf die Gasse, Gesichts- und Gehörshallucinationen stellten sich ein, es traten immer heftiger werdende Aufregungsanfälle ein, und während eines solchen erschlug er mit einer Hacke seine Mutter. —

Im Verlaufe der irrenärztlichen Behandlung genas der Kranke. — Das Gutachten geht dahin, dass der Kranke zur Zeit des Mordes unzurechnungsfähig gewesen sei. —

Obersteiner (Wien).

III. Verschiedene Mittheilungen.

317) Aus Würzburg. Das Kgl. Landgericht hierselbst verhandelte am 15. November gegen 3 Aufseher der *Irrenabtheilung* des hiesigen Juliushospitals, die einen Irren, der sich wiederholt excessiv benommen hatte, auf die Pritsche gelegt und durchgeprügelt hatten. Der Aufseher Schmunk, welcher die Schläge führte, erhielt 7 Monate, die beiden Andern, welche den Irren während der Exekution festgehalten hatten, je 4 Monate Gefängniss.

318) Aus Zürich. Herr Dr. Hans von Wyss hat sich für gerichtliche Medicin habilitirt.

IV. Briefe an die Redaction.

I.

London, den 5. November 1880.

Geehrter Herr Redacteur!

Mit Vergnügen habe ich die Antwort des Herrn Remak auf meine Mittheilungen gelesen, und muss gestehen, dass die Differenz unserer Ansichten mehr eine scheinbare, als eine wirkliche zu sein scheint. Seine „sachlichen Einwände gegen die *praktische* Eintragung irgend welcher Stromstärkeneinheiten in unseren Galvanometer" hat im Grunde genommen wenig mit der Annahme einer allgemeinen electro-medicinischen Einheit zu thun.

Herr R. ist mit Recht von den Vortheilen des Hirschmann'schen Galvanometer eingenommen, aber ich sehe nicht ein, was ihn die Nothwendigkeit befürchten lässt (pag. 236 d. Bl.) der Gebrauch dieses Instrumentes könne zum Vortheile eines horizontalen, in Milliweber abgetheilten, bei Seite gesetzt werden. Im Gegentheil, die Annahme einer Einheit gewährt in der Wahl des Instrumentes vollständige Freiheit, indem sie Jedem ermöglicht die Resultate verschiedener Beobachter zu vergleichen.

Ich sage in meiner „Introduction to medical Electricity" ausdrücklich, dass mein Zweck vollständig erreicht ist durch eine Tafel, welche die Abweichungen des angewandten Instrumentes in absolute Einheiten überträgt. Die Unterabtheilung des Zifferblattes selbst ist manchmal zwar sehr bequem, aber keineswegs unentbehrlich. Herr Remak giebt selbst das Beispiel seiner ähnlichen Tafel (pag. 236), in welcher die Werthe, welche mit den Abweichungen seines Instrumentes übereinstimmen, in Milliweber übertragen sind. Kein stärkerer Beweis der durch den Gebrauch einer electrischen Einheit erlangten Vereinfachung kann gegeben werden.

Welchen Vortheil kann Herr Remak darin finden, dieselbe Qualität in vier verschiedenen Arten auszudrücken, ich will nicht sagen auszumessen? Ich will, dass man einen Strom von 10 Milliweber bei seinem Namen nenne, Herr Remak wird ihn, je nachdem er Lust (Fantaisie) hat 50, 100, 150, 200 S. E. in seiner Rolle zu gebrauchen, bald 10°, bald 22,5°, bald 25°, bald endlich 28° nennen — eine Differenz im Ausdruck für ein und denselben Gedanken, die doch wahrlich überflüssig ist. Ein anderes Beispiel: Herr R. wendet bei der Behandlung irgend einer Neuralgie einen Strom von 5° bei 200 S. E. in einem andern Fall einen solchen von 10° bei 100 S. E. an, Bezeichnungen, die

augenscheinlich nur einen Sinn haben für die Besitzer von berliner Galvanometer aber für die übrige Welt .....? Es ist genau dasselbe, als ob er die Temperatur seiner Kranken ausdrücken wollte in Längenunterabtheilungen 4 verschiedener Thermometer.

Ich bestehe auf der allgemeinen Annahme einer elektrischen Einheit in der Heilkunde, nach denselben Grundsätzen welche die Annahme allgemeiner Einheiten in Temperatur, Gewichte und Masse herbeigeführt haben. Ich schlage den Milliweber vor, weil diese Grösse leicht zu handhaben ist, und weil bisher dieses System elektrischer Messung das einzige ist, welches besteht und ausserhalb der engen Grenzen des Landes in dem es entstanden ist angenommen wurde.

Genehmigen Sie Herr Redacteur etc. etc.

A. v. Wattenwyl.

II.

Berlin, den 15. Nov. 1880.

Hochgeehrter Herr Redacteur!

Indem ich Ihnen für die gefällige Mittheilung vorstehender Zuschrift im Original behufs Gegenäusserung bestens danke, bescheide ich mich hier zur Aufklärung unserer anscheinenden Controverse meinen abweichenden Standpunkt zu vertreten. Während de Watteville für sein Prinzip: die Einführung seiner Stromstärkeneinheit anscheinend namentlich zur Erleichterung *literarischer Angabe* eintritt, glaubte ich gegenüber dem Vorschlag Bernhardt's, ein nach diesen Stromstärkeneinheiten eingetheiltes sogenanntes absolutes Galvanometer in die electro-diagnostische und electro-therapeutische *Praxis* einzuführen, da es mir nicht als wesentlichstes Erforderniss eines zweckmässigen Strommessaparates erscheinen konnte: „Werthangaben von Autoren fremder Länder sofort meinem Verständniss und meiner Beurtheilung nahe zu bringen" (S. 238) in Nro. 12 d. J. die Aufmerksamkeit auf das mehr praktischen Anforderungen genügende Erb'sche Galvanometer mit abstufbarer Empfindlichkeit lenken zu sollen. Ebensowenig wie man füglich trotz der allgemeinen Einführung desselben Gewichtssystemes *dieselbe* Wage zur Wägung grösserer Lasten und kleinerer Gewichte z. B. Medicinaldosen benutzen kann, ebenso unzweckmässig ist es, *dasselbe* Galvanometer für alle Aufgaben der Electro-Diagnostik und Electro-Therapie aus den von mir S. 235 bereits erörterten Gründen der Schnelligkeit und Präcision der Messung zu verwenden. Beispielsweise kann in der Galvanotherapie des Ohrensausens und schwerer Prosopalgien in einzelnen Fällen eine noch feinere Stromdosirung als nach Milliwebern erforderlich sein. Deswegen wird man aber doch nicht alle Messungen z. B. an gelähmten motorischen Nerven mit einem so empfindlichen und desshalb unbequemen Apparat anstellen. Will man sich also den Luxus mehrerer verschieden empfindlicher Galvanometer im electro-therapeutischen Armamentarium gestatten, so mag man dieselben nach Milliwebern oder auch nach der von mir S. 235 vorgeschlagenen ebenso rationellen Stromstärkeneinheit graduiren. Will man diesen unnützen Aufwand vermeiden, so verdient ein in seiner Empfindlichkeit abstufbares Galvanometer den Vorzug, dessen Nadelausschläge allerdings je nach der gewählten Empfindlichkeit ungleichwerthig sind, wesshalb sich eine nur für *eine* Empfindlichkeit gültige Eintragung der absoluten Maasse nicht empfiehlt. Die Auswahl der Empfindlichkeit richtet sich aber nicht nach einer „Laune" (Fantai-

sie) sondern nach dem Strombedürfniss gemäss der S. 235 gegebenen Andeutungen, während über die absolute Maasse eine Tabelle um so mehr völlig genügenden Aufschluss gibt, als wir in der Frage der Stromdosirung doch noch keine in den Anfängen übereinstimmenden Angaben zu verzeichnen haben. Hierfür positives Material beizubringen, scheint mir vorläufig dringlicher als eine Fortsetzung dieser hiermit für mich abgeschlossenen Polemik.

Mit collegialischer Hochachtung

Ihr ergebenster

E. Remak.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 Mark. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 3) Halle a. Saale, Volontärarzt, 1200 M. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 5) Hildburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei fr. Stat. 6) Provinc.-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., fr. Stat. 7) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 8) Marsberg, Volontairarzt, kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 9) Uckermünde in Pommern, Assistenzarzt, unverheirathet, sofort. 1000 M. und freie Station. 10) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 M., fr. Stat. 11) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, sofort, 900 M., fr. Stat. 12) Wehnen (Oldenburg) Assistenzarzt. 13) Klingenmünster (bayr. Pfalz), Hülfsarzt, 1000 M., fr. Stat. I. Classe. 14) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 M. freie Sation. 15) Göppingen (Dr. Landerer), Assistenzarzt, 1500 Mark fr. Stat. 16) Grafenberg (Düsseldorf), II. Arzt und stellvertr. Director. 17) Pankow bei Berlin (Mendel'sche Anstalt) III. Arzt. 18) Grafenberg (Reg.- Bez. Düsseldorf), Volontairarzt, sofort; fr. Stat. 600 M. 19) Schussenried (Württemberg), Assistenzarzt, 1600 Mark völlig fr. Station 21) Bonn (Privatanstalt des Dr. Hertz) Hülfsarzt, Dr. promotus, Ende dieses Jahres, 2400 M., vollständig freie Station. 22) Elgersburg (Thüringen) Wasserheilanstalt, dirigirender Arzt. Bedingungen durch den Besitzer zu erfahren. 23) Alt-Scherbitz (Halle-Leipzig) Volontairarzt, 1. Jan. 1881; 1200 M., vollständig freie Station. 24) Regierungs- und Medicinalrath in Oppeln. — 25) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creuzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Galdop (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Hünfeld (Kassel), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Osterode (Königsberg), Sensburg (Gumbinnen), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Ernannnt. Dr. Heinemann in Eschwege zum Kr. Phys. daselbst.

Besetze Stelle. Plagwitz, Director: Herr Dr. von Ludwiger in Creutzburg.

Im Interesse der Anstalten und der Herren, welche sich um Stellen bewerben, bitten wir wiederholt um promptere Nachrichten über die Stellenbesetzungen; nur dann sind wir im Stande die vielen Anfragen, die hier einlaufen, genügend zu beantworten.

Die Redaction.

VI. Anzeigen.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt
von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

Monatlich zwei Nummern.
Preis vierteljährlich 3 Mark.
Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion 30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum nur durch den
Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

3. Jahrg. 15. Dezember 1880. Nro. 24.

INHALT.

Die

verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das I. Quartal 1881 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

I. Referate.

319) **Benedikt** (Wien): Zur Frage des Vierwindungstypus.
(Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften. No. 46. 1880.)

Als Verf. zuerst (No. 52 d. Centrb. f. d. m. W. 1876) und später in seinem Buche: Anatomische Studien an Verbrechergehirnen (Wien, 1879 Braumüller) mittheilte, dass man häufig am Stirnhirne von Verbrechern den Vierwindungstypus, analog wie bei Raubthieren, finde, wurde diese Angabe von den Gehirnanatomen vollständig ignorirt.

Der Grund lag unzweifelhaft darin, dass man an Gehirnen normaler Menschen selten in die Lage kommt, diese Formation zu beobachten.

Erst die Bestätigung durch Hanot*), der an demselben Material arbeitete, zog die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf sich.

Es stellte sich dabei, wie gewöhnlich, heraus, dass schon frühere Autoren (Rolande und Lussanna) ähnliche Beobachtungen gemacht haben.

Während Verf. jedoch das Zustandekommen des Vierwindungs-Typus durch Spaltung der oberen Stirnwindung in zwei erklärte, sprach sich Hanot dahin aus, der Typus komme durch Zerfall der mittleren zu Stande.

Diese Angabe bewog Verf. seine Sammlung von 44 Verbrechergehirnen — resp. 87 Hemisphären, da eine durch Meningitis zu dem Zwecke unbrauchbar war — auf diesen Befund zu revidiren.

Es stellte sich nun vor Allem heraus, dass Hanot richtig beobachtet hat und dass vielleicht die Genesis des abnormen Typus in allen seinen Präparaten die angegebene sei.

Weiteres konnte aber constatirt werden, dass auch die von Verf. angegebene Genesis — für eine Minorität der Fälle — zutreffe.

Am Eclatantesten zeigte sich die Berechtigung beider Auffassungen an zwei Gehirnhälften, die einen ausgesprochenen *Fünfwindungstypus* zeigten.

In diesen waren sowohl die obere, als die mittlere Stirnwindung in zwei gleichberechtigte Windungen zerfallen.

Es ist in der Regel leicht, die Zweitheilung der mittleren Stirnwindung zu erkennen.

Schwieriger ist es, diesen Vorgang in der oberen Windung zu constatiren.

Das Criterium für denselben ist, wenn die neue tiefe Furche sich aus einer oder beiden sagittalen Secundärfurchen der oberen Windung — und allenfalls auch der oberen Delle der vorderen Centralwindung — herausbildet.

Sind beide Secundärfurchen betheiligt, so ist das Fehlen derselben in der normalen Form massgebend.

Dabei ist wieder an die Thatsache zu erinnern, dass, wenn die ebengenannten Secundärfurchen sich zu einer tiefen Hauptfurche entwickeln, dennoch ein Dreiwindungstypus dadurch zu Stande kom-

---

*) Progrès med. Nro. 1, 1880. (Refer. Nro. 73 in diesem Bl.)

men könne, dass die eigentliche obere Stirnfurche verkümmert ist und der untere Theil der oberen Stirnwindung mit der mittleren verschmilzt.

Eine lehrreiche Form von Vierwindungstypus ist folgende:

Wenn man das Stirnhirn in eine vordere und hindere Hälfte zerlegt, kommt bei manchen Gehirnen der Vierwindungstypus so zu Stande, dass in der einen Hälfte die obere und in der anderen die mittlere in zwei Windungen zerfällt.

Verf. entwirft nun eine Statistik dieser Vorkommnisse.

Von 87 Hemisphären zeigen

1) den normalen Typus	42
2) den Fünfwindungstypus	2
3) letzteren unvollständig, i. e. nicht durch die ganze Länge reichend	3
4) einen vollständigen Vierwindungstypus . .	27
5) einen undeutlichen Vierwindungstypus . .	13
Summa . .	87.

Von den 27 Fällen von Vierwindungstypus kommt derselbe durch Spaltung der oberen Stirnwindung 8 Mal, durch Spaltung der mittleren 16 Mal zu Stande.

In 3 Fällen kommt dieser Typus in der einen Hälfte der Hemisphären durch Zweitheilung der oberen und in der anderen Hälfte durch Zweitheilung der mittleren Windung zu Stande.

Bei den 13 Fällen, in denen der Vierwindungstypus nicht durchgreifend ist, kommt derselbe durch Spaltung der ersten Windung 4 Mal, durch jene der zweiten Windung 8 Mal zu Stande und 1 Mal betheiligten sich beide Windungen in der eben beschriebenen Weise. Der abnorme, wie der normale Typus sind auf beide Seiten fast gleich vertheilt.

Man hat die Bedeutung dieser Thatsachen abschwächen wollen, indem man behauptete, auch beim Vierwindungstypus entspringe das Stirnhirn von dem vorderen Centrallappen nur mit 3 Wurzeln.

Diese Behauptung ist ein in die Frage hineingeworfener Sophismus, der auch der nöthigen factischen Begründung entbehrt.

Das Stirnhirn entspringt eigentlich von der vorderen Centralwindung mit gar keinen Wurzeln, sondern hängt mit denselben ursprünglich in seiner ganzen Breite zusammen. Die Form von Wurzeln entsteht erst durch die Fissura praecentralis und das tiefe Einschneiden der ersten Stirnfurche. Bei den meisten Verbrechergehirnen ist die mittlere Wurzel durch die hochgradige Entwicklung der Praecentralis überhaupt auf der Oberfläche nicht vorhanden und es gibt auch dergleichen Gehirne, wo auch die untere Wurzel fehlt und selbst die obere blos an der medialen Fläche erscheint.

Uebrigens erscheinen an Gehirnen mit abnormem Typus umgekehrt 4 - 5 Wurzeln des Stirnhirns, wenn die Sagittalfurchen weit genug nach hinten zum vorderen Centrallappen verlaufen. Besonders häufig kommt letzteres Verhalten zu Stande, wenn sich aus den Secundärfurchen der oberen Stirnwindung eine Hauptfurche entwickelt.

In der Tiefe aber kann von einem Dreiwurzeltypus überhaupt keine Rede sein.

Die Bedeutung der drei Wurzeln, wenn sie existiren, ist also minimal und die Tatsache fehlt häufig gerade dort, wo sie zur Hebung ihrer Bedeutung am nothwendigsten wäre.

Da die anatomischen Studien an defecten Gehirnmenschen, zu denen ein grosser Procentsatz von Verbrechern, die idiopathischen Epileptiker und die hereditär belasteten und congenitalen Geisteskranken gehören, nächstens immer mehr um sich greifen dürfte und die bleiche Furcht vor den Consequenzen, den Eminenzen und Excelenzen immer weniger das anatomische Auge trüben und die Speculation auf dieselbe immer weniger fruchtbringend werden dürfte, soll hier noch auf ein wichtiges Verhältniss aufmerksam gemacht werden.

Es betrifft die Beziehung der pathologischen Vorgänge zur Atypie. Es ist ein Satz, der an die Spitze jeder allgemeinen Pathologie zu stellen ist: Zur Krankheit prädisponire vor Allem Atypie. Der wesentliche Grund atypischer Gehirnfunction ist Atypie des äusseren Baues.

Die pathologischen Vorgänge haben einerseits die Bedeutung, die Atypie im Leben zu enthüllen und theilweise die Form der atypischen Function zu beherrschen.

Wie aber der atypische Bau zur Krankheit führe, ist bei atypischen Gehirnen besonders klar. Die Atypie der Furchenbildung bedeutet: Atypie der Gefässvertheilung und Einsenkung und also der haemostatischen und haemodynamischen Verhältnisse. Nun kann bis zu einem gewissen Grade und bis zu einer gewissen Zeit ein Gleichgewicht des Stoffwechsels bei solcher Atypie der Circulation doch bestehen.

Vor der normalen Zeit aber muss dieses Gleichgewicht gestört werden. Dasselbe gilt, wenn das Gewebe atypisch — aplastisch — und die Circulation normal ist und noch mehr, wenn Gewebsbildung und Circulationsverhältnisse vom Typus abweichen.

Bei diesen Beobachtungen lernen wir aber die Möglichkeit und die Bedeutung der Latenz begreifen.

Letztere wird aber noch besonders durch das Studium der Schädel der defecten Gehirnmenschen klar. Verf. habe sehr häufig gesehen dass bei den normalen Mitgliedern einer Familie die atypische Form ebenso und selbst — durch Compensation — mehr ausgesprochen ist, als bei den abnormen Individuen derselben. Aus dieser Evidenz des *Keimes*, ist zu begreifen wie derselbe mit Ueberspringen einzelner Individuen in der Descendenz — unter halbwegs ungünstigen Bedingungen — zur vollen Entwickelung kommen könne.

---

320) **Meschede** (Königsberg). Ueber pathologische Veränderungen und über die functionelle Bedeutung der Olivenstränge des verlängerten Marks.

(„Tageblatt" der 53. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.)

Pathologische Veränderungen der Oliven sind so selten beobachtet worden und die behufs der Erforschung der Function der

Medulla oblongata unternommenen Vivisektionen bei Thieren gerade für das Gebiet der Oliven mit so grossen Schwierigkeiten verbunden, dass es sehr erklärlich ist, wenn die functionelle Bedeutung der Oliven des verlängerten Markes bis jetzt noch ganz im Dunkeln liegt und man noch nicht einmal soweit gekommen ist, wenigstens eine leidlich begründete Hypothese aufstellen zu können.

Allerdings hat es auch für die Oliven an einer Hypothese seiner Zeit nicht gefehlt: Bekanntlich ist von Schröder van der Kolk die Ansicht ausgesprochen worden, die Oliven seien Hilfsganglien für den Hypoglossus und Accesorius, somit von Bedeutung für die Sprache; indess kann diese Hypothese für hinreichend begründet *nicht* erachtet werden, da ein Zusammenhang der genannten Nerven mit Zellen der Oliven anatomisch in keiner Weise nachzuweisen, gegen diese Theorie übrigens auch von Kussmaul vom vergleichend anatomischen Standpuncte mit Recht der Einwand erhoben worden ist, dass der Papagei, bei dem man seiner sprachlichen Begabung wegen der Schröder'schen Theorie zufolge besonders gut ausgebildete Oliven erwarten sollte, in Wirklichkeit mit nur sehr schwachen entwickelten Oliven ausgestattet ist, wohingegen gerade umgekehrt der Seehund durch relativ enorme Oliven prävaliert, obwohl bekanntlich Eloquenz nicht gerade seine starke Seite ist.

Bei dieser Sachlage und da wir von phyisologischen Durchschneidungs-Experimenten vorläufig wohl wenig weitere Aufklärung für diese Specialfrage zu erwarten haben, erscheint es geboten auf Beobachtungen pathologischer Zustände der Oliven beim Menschen zurückzugehen, um ein als Grundlage einer discutablen Hypothese verwerthbares Material zu gewinnen — und da Verf. Gelegenheit hatte, *zwei* Fälle dieser Art schon vor längerer Zeit genauer zu beobachten, so werden dieselben als Beitrag zur Lösung der beregten Frage hier kurz mitgetheilt, zugleich in der Hoffnung zur Veröffentlichung etwa beobachteter analoger Fälle anzuregen.

Die *erste* Beobachtung betraf einen bei seiner Aufnahme in die Irrenanstalt *Schwetz* 22 Jahre alten Landmann, welcher nachdem er während seines 2—3 jährigen Aufenthaltes in gedachter Anstalt die Symptome *tiefen Stupors und Blödsinns* dargeboten hatte, an einer allmählich sich entwickelnden Tuberculose zu Grunde ging.

Während der ersten Zeit seines Aufenthalts in der Anstalt bewahrte er eine fast unbewegliche Haltung und verharrte Stundenlang ruhig sitzend oder stehend mit fest zugekniffenen Lippen und mit starr auf den Boden geheftetem Blick, von der Aussenwelt nicht die geringste Notiz nehmend. Einige Wochen später, nachdem eine Einreibung von Unguent. Tart. stibiati versuchsweise bei ihm zur Anwendung gekommen war, wurde er etwas mobiler und zeigte namentlich die Sonderbarkeit, *dass er seine Bewegungen meist in einer kleinen Kreisbahn absolvirte* und zwar in der Regel in der Richtung von links nach rechts. Im Uebrigen blieb der blödsinnig-stupide Zustand unverändert; auf somatischem Gebiete entwickelte sich Anämie und Kachexie, schliesslich Tuberkulose und Wassersucht.

Die *Autopsie* ergab als wesentlichste Befunde: Lungen- und Darmtuberculose, frische tuberculöse Peritonitis, speckige Degenerationszustände der Unterleibsorgane; ferner brachycephale Schädelform, Hirnödem, hydropische Cyste in der Zirbel, Hinterhörner beider Seitenventrikel verwachsen, in der rechten Hemisphäre des gr. Gehirns ein pfefferkorngrosser, anscheinend tuberculöser Knoten; sodann *eine auffallende Asymmetrie der vorderen Ansicht des verlängerten Markes, insofern die rechte Olive kaum sichtbar war und bei oberflächlicher Betrachtung ganz zu fehlen schien. Auf einem $8^1/_2$ Millim. unterhalb des unteren Randes der Brücke geführten Durchschnitt zeigte sich indess, dass auch in der rechten Hälfte der Medulla oblongata ein Nucleus olivae deutlich vorhanden, jedoch auf die Hälfte der normalen Ausdehnung zusammengeschrumpft war.*

In dem *zweiten* von mir beobachteten Falle war der *Rotationsbewegungsdrang* in bestimmter *Kreisbahnrichtung* noch viel stärker hervortretend und zeigte sich hier auch die *einseitige Olivendegeneration* in noch prägnanterer Weise.

Die Kranke welche diese Anomalie darbot, war eine Hofbesitzerstocher aus dem Werder; bei der Aufnahme in die Irrenanstalt 38 Jahre alt und bereits 7 Jahre lang geisteskrank. Die Geistesstörung hatte sich aus Veranlassung des Todes eines geliebten Onkels und unter dem Einfluss profuser Menorrhagieen unter der Form einfacher stupider Melancholie entwickelt und war allmälig in apathisch-stupiden Blödsinn übergegangen. Die Menorrhagie war einige Male so stark gewesen, dass die Angehörigen Verblutung befürchtet hatten. Abgesehen von dem Zustande des Blödsinns und allgemeiner Kachexie waren es folgende Specialsymptome, welche besonderes Interesse erregen mussten:

Die Kranke zeigte in der Regel eine etwas *starre Haltung*; durch die in *Contractur befindlichen Nackenmuskeln* war der Kopf etwas nach hinten über gebeugt und das Gesicht nach oben gewendet; die Augen waren meist krampfhaft geschlossen, die Augäpfel nach rechts gerichtet, die Pupillen erweitert.

Sich selbst überlassen drehte Pat. sich stundenlang in der Richtung von rechts nach links um die Längsaxe ihrers Körpers und zwar in aufrechter Stellung, indem sie mit den Füssen alternirend leicht schleifend oder auch wohl stampfend auftrat. Dabei pflegte sie die Hände nach oben gerichtet gegen die Schläfen leicht angedrückt zu halten oder mit den Fingern die Schläfenhaare zu streicheln. Von der Aussenwelt nahm Pat. anscheinend nicht die geringste Notiz liess die meisten an sie gerichteten Fragen entweder ganz unbeantwortet oder pflegte doch auf Anreden nur durch einige stereotype Sätze zu reagieren, die in monotonem Singsang und in gleichmässigem Tempo der Zwangsrotation conformen Rhytmus in Einem fort wiederholt wurden.

Hierbei hielt sie die Augen meisst starr in der Richtung nach oben fixirt, in der Regel auch geschlossen und schien sich fast andauernd in einer Art ekstatischer Verzückung zu finden.

Die Empfindlichkeit der Haut und das Tastgefühl waren erheblich verringert, die Verdauungsfunctionen träge, der Schlaf mangel-

haft. *Der geschilderte habituelle Rotationsdrang wurde bei der Patientin, während der ganzen Dauer ihres Aufenthaltes in der Anstalt, also während eines Zeitraums von 6 Monaten ziemlich ununterbrochen beobachtet.* Intercurrent machten sich kataleptische Zustände mit starrem Offenhalten des Mundes, zeitweise auch der Trieb den Kopf gegen die Kanten der Thürpfosten und auf den Thürdrücker aufzuschlagen geltend, einige Male auch Salvation und Schreiparoxysmen. Auch Nachts setzte Pat. zuweilen ihre Rotationsbewegungen fort.

Die Anfangs gleichzeitig mit der Rechtsstellung der Augäpfel beobachtete Drehung des Kopfes nach rechts kam später nicht mehr zur Beobachtung; vielmehr wurde der Kopf in noch stärkerem Grade als der Rumpf in der Richtung von rechts nach links um die Längsaxe des Körpers gedreht und zwar in rhythmischen ununterbrochen aufeinanderfolgenden Stössen, wobei auch wieder die Stellung der Augäpfel eine gleichnamige war, nämlich eine extreme Drehung um die Verticalaxe in der Richtung von rechts nach links. Während also im Anfange eine Art gekreuzter Rotation bestand; nämlich für den oberen Theil des Körpers in der Richtung von links nach rechts, für den unteren dagegen von rechts nach links, war später nur eine einzige bestimmte Rotationsrichtung zu constatiren. Das Bewegungsmotiv war so stark, dass der Versuch, den Körper der Kranken durch Placirung in einem mit einem Vorschieber versehenen Lehnstuhl in sitzender Position zu fixiren und hierdurch für einige Zeit eine Ruhepause su statuiren, nicht gelang, insofern die Kranke sofort eine halbe Kreisdrehung ausführte, dergestalt, dass ihr Gesicht ganz nach hinten, der Rückenlehne zugewendet war. Ruhepausen traten indess zuweilen in der Bettlage ein; sobald aber Jemand in das Zimmer trat, pflegte die Kranke sofort ihr Lager zu verlassen, eine Ecke des Zimmers aufzusuchen und dort ihre Rotationsbewegungen in Scene zu setzen. Bei dem Versuche, eine Drehung in entgegengesetzter Richtung zu bewirken oder doch wenigstens die vorhandene zu hemmen, fühlte man einen continuirlich sich geltend machenden Widerstand: sobald man dann die Kranke wieder frei liess, trat die Rotation sofort wieder ein, gleichwie der Mechanismus gewisser Maschinen nach entfernter Hemmungsvorrichtung sofort von selbst wieder in Gang kommt.

Niemals wurde bei dieser Kranken eine Drehung des ganzen Körpers in der entgegengesetzten Richtung beobachtet.

Wenn man die mechanisch triebartigen stundenlang fortgesetzten Drehbewegungen eine Zeit lang hindurch beobachtete, dann machte die Kranke mehr den Eindruck eines automatischen Apparats als eines mit freier Willkür begabten Wesens.

Auf eine speciellere Schilderung der Psychose einzugehen ist hier nicht der Ort und genügt es auch in Bezug auf den weiteren Verlauf darauf nur anzuführen, dass Pat. im 5. Monat ihres Aufenthaltes in der Anstalt von einem paralytischen Anfalle heimgesucht wurde und hierbei eine Fractura femoris erlitt, dass letztere aber trotz der in ungeschwächtem Grade fortbestehende Rotationsbewegungen — welche eine ebenso ungewöhnliche als hinderliche Complication darstellten — unter Gipsverband ohne erhebliche Dif-

formität zur Consolidation gebracht wurde. Der Tod erfolgte später unter den Symptomen der Hirnlähmung.

Bei der *Autopsie* zeigte sich nun eine *ausgesprochene Atrophie und Verhärtung der linken* Olive; der Durchschnitt derselben liess eine trübe dunkle Entfärbung und eine veränderte mehr filzige Structur erkennen. Die mikroskopische Untersuchung ergab hier weniger Nervenzellen, als in der rechten Olive; auch erschienen die Nervenzellen der geschrumpften Olive grösstentheils degenerirt, atrophisch und stärker als normal mit gelben Pigmentkörnchen versehen.

Von den übrigen das Central-Nervensystem betreffenden Befunden sei hier nur hervorgehoben, dass in beiden Seitenventrikeln die Hinterhörner verwachsen waren, dass die Hemisphären des grossen Gehirns die Veränderungen des Blödsinns darboten, insonders atrophische Zustände, die Hemisphären des *kleinen* Gehirns dagegen völlig intact und sogar relativ gross erschienen.

Aus diesem letzeren Befunde darf geschlossen werden, dass die in diesem Falle beobachtete Zwangsrotation nicht auf Veränderungen des kleineren Gehirns zurückzuführen ist.

Es liegt vielmehr nahe, die einseitige Oliven-Veränderung für die Anomalie der Locomotion in Anspruch zu nehmen. Indess möchte Verf. sich vorläufig noch einer vielleicht verfrühten bestimmten Schlussformulirung enthalten und sich auf die Bemerkung beschränken, dass eine von den mitgetheilten Beobachtungen ausgehende Hypothese jedenfalls den Vorzug haben würde, mit den Vivisectionsergebnissen nicht in Widerspruch zu stehen, da bekanntlich bei einseitigen Durchschneidungen des verlängerten Markes Zwangsstellungen und Zwangsbewegungen ganz analoger Art beobachtet worden sind.

---

321) **Strübing:** Ueber Katalepsie.

(Archiv f. klin. Medicin XXVII. 1. u. 2. H.)

Fälle von reiner Katalepsie sind selten. Der vorliegende Fall aus der Greifswalder Poliklinik kam bei einem 18jährigen chlorotischen Mädchen zur Beobachtung und wurde durch eine leichte Melancholie eingeleitet, welch' letztere indessen später schwand. Eine hysterische Praedisposition musste angenommen werden. Die Anfälle kamen zur Zeit der Menstruation täglich und spontan, in der Zwischenzeit mit Pausen von mehreren Tagen von nach vorausgegangener Gemüthsbewegung. Bei Druck auf die linke Ovarialgegend schwanden die Erscheinungen der Starre und Flexibilitas cerea, energische Compression führte Rückkehr des Bewusstseins herbei. Durch Anblicken eines glänzenden Gegenstandes konnte der beginnende Anfall auf seine Höhe gebracht werden, Galvanisation des Kopfes hatte den Eintritt des kataleptischen Zustandes zur Folge. Die Muskelstarre und Flexibilitas cerea war allgemein, an den obern Extremitäten zuweilen stärker entwickelt. Die Sensibilität war herabgetetzt, während der schweren Anfälle bestand Anästhesie und Analgesie, das Bewusstsein war geschwunden, die Erinnerung fehlte. Nach den Anfällen erschien entsprechend der verminderten

Energie des Stoffwechsels die absolute N. und $P_2 O_5$ Menge vermindert, der relative Werth der $P_2 O_5$ wurde durch die Anfälle herabgedrückt. **Eickholt** (Merzig).

---

322) **H. Brock** (Berlin): Ueber stoffliche Veränderungen bei der Hypnose.

(Deutsche Medicinische Wochenschrift Nr. 45, 1880.)

Verf. hat folgende interessante Untersuchungen angestellt über Veränderung des Stoffwechsels unter der Hypnose. Er hat an einem 19jährigen Studirenden experimentirt. Die Hypnose, welche in der bekannten Weise (sehr schnell hervorgerufen wurde, indem das Versuchsindividuum starr auf einen beleuchteten kleinen Spiegel blickte, während der Kopf stark nach rückwärts gebeugt war, bewirkte ruhigen Schlaf. Die obern Extremitäten liessen sich dabei in willkürlich gewählte Stellungen bringen und blieben darin bis zum Erwachen, das jedesmal nach 20 Minuten durch starkes Anrufen hervorgerufen wurde. Der junge Mann, welcher morgens 7½ Uhr sein gewöhnliches Frühstück, bestehend aus Kaffee und Weissbrod, zu sich nahm, entleerte den Urin zuletzt um 8 Uhr. Zur Untersuchung wurde der Urin genommen, welchen er unmittelbar vor dem Versuche und derjenige, welchen er gleich nach demselben entleerte.

Ich beschränke mich heute auf die Mittheilungen über das Verhalten des Stickstoffs und der Phosphorsäure.

Harnuntersuchung.

	Vol.	Feste Bestandth.	Farbe.	React.	Stickst.	Phosphors.	Relat.
13. Oct. 10½ Uhr	70	1,9	0,2	s.	0,27	0,0148	**5,5**
„ „ 12 „	140	4,9	0,4	n.	0,72	0,045	**6,3**
14. „ Vor dem Versuch	150	5,2	0,3	—	0,86	0,072	**8,3**
Nachher	80	2,8	0,16	—	0,38	0,0295	**7,7**
15. „ Vor dem Versuch	100	5,3	0,3	schw.s	0,92	0,064	**6,9**
Nachher	65	3,7	0,2	s.	0,518	0,032	**6,1**
1 Stunde später	70	2,9	0,18	n.	0,73	0,0298	**4.**

Diese Zahlen zeigen, dass durch die Hypnose die Zusammensetzung des Harns in mannigfacher Weise beinflusst wird. Die Summe der entleerten festen Bestandtheile wird geringer; ebenso die Menge des Farbstoffs. Der relative Werth der Phosphorsäure, der in der Norm bekanntlich in den Morgenstunden am niedrigsten und bis zur Mittagszeit im Wachsen begriffen ist, wie sich auch beim ersten (Vor-) Versuch ergiebt, zeigt sich durch die Hypnose in der Weise verändert, dass er dadurch niedriger wird, als vorher. — Daraus folgt, dass der Stoffwechsel in der Hypnose andere Gewebe betrifft, als in normalen Verhältnissen. Es wird sich nun darum handeln zu entscheiden, welche Gewebe hierbei betroffen werden. Man kann dieselbe Berechnung zu Grunde legen, welche von **Zuelzer** und von **Edlefsen** gemacht ist. Letzterer führt fol-

gende Beobachtung als Beispiel an. Er findet bei seiner Versuchsperson im Vormittagsharn:

4,6 Grm. N u. 0,408 Grm. P_2O_5 = rel. 8,8.

Diese Substanzen sind nach seiner Rechnung als Abkömmlinge folgender Gewebe und Nahrungsmittel zu betrachten:

	N	P_2O_5	rel.
Aus den Einnahmen (Milch u. Brod):	0,78 N u.	0,164 P_2O_5	= 21.
Aus der Nervensubstanz:	0,146 —	0,064 —	= 44.
Aus der Muskelsubstanz:	1,1 —	0,154 —	= 14.
Aus den Blutkörperchen:	2,6 —	0,026 —	= 1
	4,6 —	0,408 —	= 8,8.

Wenn man eine gleiche Rechnung bei obigem Beispiel des Verf. anwendet, so ist von vornherein klar, dass bei einer so niedrigen relativen Zahl für die Phosphorsäure (4) an eine irgend erhebliche Betheiligung der Ausgangsproducte eines phosphorsäurereichen Gewebes, wie etwa der Nervensubstanz, nicht gedacht werden kann. Vielmehr lassen die gegebenen 3 Zahlen kaum eine andere Deutung zu, als dass sie sich zum grössern Theil aus den Ausgangsproducten der Blutkörperchen zusammensetzen. Diese haben nämlich, wie schon aus Zuelzer's Angaben hervorgeht, einen sehr niedrigen relativen Werth der Phosphorsäure; im Harn wird er nach Edlefsen's Tabellen überdies wesentlich davon beeinflusst, ob das Haemoglobin in grösserer oder geringerer Menge zur Gallenbereitung oder zur Bildung von Glycogen zerfällt. In Verf.'s Falle ist unzweifelhaft die Gallenbereitung auf ihrem niedrigsten Stande; man kann deshalb wohl annehmen, dass, um Edlefsen's Tabellen zu benutzen, von 25 Theilen (genauer 24,99) Stickstoff, die aus dem Haemoglobin stammen, nur 1,89 aus dem Quantum Haemoglobin herrühren, welches zur Gallenbereitung diente; der übrige Stickstoff käme dann von derjenigen Portion des Haemoglobins, welches zum Zweck der Glycogenbildung zerfallen ist. Die relative Grösse der Phosphorsäure im Harn wäre in diesem Fall gleich 2,46. Demnach zerlegt Verf. seine letzte Beobachtung in folgende Factoren:

	N	P_2O_5	rel.
Aus Hb.:	0,63 N.	0,015 P_2O_5	= 2,4
Aus Muskelsubstanz:	0,1 -	0,0148 —	= 14,0
Summa:	0,73 —	0,0298 —	= 4.

Hiernach ist festgestellt, dass in dem letzten beobachteten Zeitraum die Nervensubstanz, besonders das Gehirn, keine Stoffabgabe dargeboten hat. In den Zeiträumen vor dem Versuch dagegen lässt sich schon durch den blossen Augenschein, wie stricte durch Berechnung darthun, dass sich dem Harn auch Ausgangsproducte von solchen Geweben beigemengt haben, die, wie das Gehirn, an Phosphorsäure reicher sind.

Das vorläufige Resultat dieser Untersuchungen ist demnach dahin zu präcisiren, dass während der Zeit der Hypnose im Gehirn resp. in der Nervensubstanz überhaupt der Stoffumsatz sistirt, — ein Zustand, der direct entgegengesetzt ist dem Zustande des normalen Schlafes und der die charakterische Eigenthümlichkeit der bisher untersuchten Erregungszustände darbietet. Dieses Resultat stimmt genau mit den Beobachtungen Strübing's über Katalepsie

(siehe das vorige Referat) überein und charakterisirt daher beide Zustände nach der Richtung der stofflichen Veränderungen hin als verwandt.

---

323) **Ferd. Franzolini:** Die erste beiderseitige Ovariotomie bei einer Hysterischen in Italien.
(Gazz. med. ital. prov. Venete XXII. Jahrg.)

Die nun 23jährige Kranke wurde mit 15 Jahren menstruirt; seitdem stellten sich bei jeder Periode Anfälle von Melancholie und hysterischen Krämpfen ein.

Späterhin nahmen die Anfälle mehr einen maniakalischen Character an, und auch in der Zwischenzeit konnte eine merkliche geistige Schwäche constatirt werden. Die letzte Menstruation war am 1. August d. J. eingetreten, 14 Tage darnach wurde die Extirpation beider Ovarien vorgenommen. Die Operation verlief sehr glücklich; die Kranke konnte nach zwei Wochen das Bett verlassen, und gibt nun an, sich wohler zu fühlen, als je vorher; besonders ist ihr Kopf jetzt vollkommen frei, während früher tägliche Kopfschmerzen sie sehr quälten. — Am 28. August traten leichte Anzeichen der Menstrualblutung ein, ohne dass die früheren nervösen Zufälle sich eingestellt hätten. — Die Beobachtungszeit nach der Operation ($3^1/_2$ Wochen) ist aber jedenfalls zu kurz, um über den Erfolg dieser Operation ein Urtheil zu fällen. Obersteiner (Wien).

---

324) **R. Grieve** Med. Superint. (Berbice): Insanity in British Guiana.
(Journ. of ment. sc. Oct. 1880.)

Die britische Colonie Guiana, auf dem südamerikanischen Festlande gelegen, zeichnet sich durch ihre sehr gemischte Bevölkerung aus. Wenn man nur die Zahlen benutzt, welche sich aus den Aufnahmen in die Irrenanstalt ergeben, so erkranken die Eingewanderten (Neger aus Afrika, Ost- und Westinder, Chinesen, Portugiesen. . . .) häufiger (1,6 : 1000) als die im Lande Geborenen (0,95 : 1000); unter ersteren erscheinen die Afrikaner in erster Linie (3,18) dann die Chinesen (2,11) zuletzt erst die Europäer (0,9 : 1000) Von den Chinesen in der Anstalt, leiden circa 8% an Epilepsie, während bei den Negern „Manie" die gewöhnliche Erkrankungsform ist; so häufig bei den Chinesen Selbstmordversuche vorkommen, so selten sind sie bei den Negern; weder bei den Kranken noch bei den in der Colonie lebenden gesunden Negern ist dem Verf. ein Fall von Selbstmord bekannt. — Die an Manie erkrankten Neger zeigen fast alle eine auffällige Scheu vor Menschen, sie suchen sich, wenn sie nicht in der Anstalt sind, zu verstecken, bis sie verhungern. — Unter mehr als 600 Kranken kam ein einziger Fall von progressiver Paralyse vor. —

Auffällig ist es, dass bei den Negern fast immer die rechte Grosshirnhemisphäre merklich schwerer ist, als die linke. — Da Linkshändigkeit bei Negern nicht vorzukommen scheint, so meint G., dass diese mangelhaftere Ausbildung der linken Grosshirnhemisphäre etwa auf die ungenügende rudimentäre Entwicklung ihrer Sprache zu beziehen sei. Obersteiner (Wien).

---

325) **Leyden**: Ueber Poliomyelitis und Neuritis.

(Zeitschr. für klin. Medicin. Bd. I.)

Die Lehre von dem spinalen Ursprunge atrophischer Lähmungen ist in den letzten Jahren durch eine neue Form bereichert worden, die Poliomyelitis anterior acuta und subacuta. Sie findet ihr Analogon in der spinalen Kinderlähmung und beruht anatomisch auf einer parenchymatösen Entzündung der Ganglienzellen der grauen Vorderhörner. Den Vorarbeiten von Charcot und Duchenne folgten verschiedene Veröffentlichungen in Deutschland. Eine Durchmusterung der vorhandenen Literatur lässt ein etwas schematisches Vorgehen bei der Aufstellung des neuen Krankheitsbildes erkennen sowie eine zu geringe Berücksichtigung des Verhaltens der peripheren Apparate: der Nerven und Muskeln. Wie rücksichtlich der progressiven Muskelatrophie eine theils centrale, theils periphere Entstehung angenommen werden muss, so erscheint auch für die Formen acuter und subacuter Lähmung die einseitige Annahme einer Poliomyelitis nicht gerechtfertigt. Bei genauer Untersuchung der einschlägigen Fälle finden sich bei vielen Formen Symptome, welche eher denen einer peripheren Neuritis entsprechen; auch der relativ günstige Verlauf deutet eher auf einen peripheren Process hin. Remak hat zuerst, nach ihm Leyden und seine Schüler das Wesen der Neuritis studirt und das Fortkriechen derselben sowie die Möglichkeit eines Uebergreifens auf das Rückenmark experimentell erwiesen. Bei Infectionskrankheiten, Diphtheritis und Typhus werden Erkrankungen der Nerven gefunden. Beobachtungen spontaner Formen von Neuritis unter dem Bilde acuter oder chronischer atrophischer Paralyse sind dann von Duménil veröffentlicht worden. Die eine Beobachtung, bezeichnet als *Neuritis ascendens*, ist beweisend für ein Fortschreiten der Entzündung des Nervengewebes von Ast zu Ast. Hervorgehoben wird noch das Bestreben der peripheren Paralysen sich zu generalisiren. 1875 veröffentlichte Leyden einen Fall von ausgebreiteter Muskelatrophie in Folge von degenerativer Neuritis ohne Rückenmarksaffektion und im Jahre 1876 Eichhorst eine interessante Beobachtung unter der Bezeichnung Neuritis acuta progressiva. Es folgten die Publikationen von Eisenlohr, Joffroy, Lancereaux, Desnos und Pierret, welche im Verein mit dem von Leyden in den Charité-Annalen 1880 näher beschriebenen und mit dem jetzt vorliegenden Falle das Bestehen einer multiplen degenerativen Neuritis sicher stellen. Von diesen letzten beiden Fällen kam der erstere ein Jahr nach der Erkrankung, welche acut begonnen an den untern Extremitäten ausgeheilt war an den obern dagegen zur Muskelatrophie geführt hatte, zur Section. Es fand sich eine Verdickung der Nervenscheiden, Schwund des Nervenmarkes, reichliches Pigment um die Gefässe zwischen den Nervenbündeln. Das Rückenmark war intakt. Der zweite Fall, in Betreff dessen auf das Original verwiesen wird, verlief unter den Symptomen der entzündlichen Erkrankung der Vorderhörner des Rückenmarkes, doch schien andererseits die Analyse der Symptome für eine multiple Neuritis zu sprechen. Die anatomische Untersuchung ergab in der That

eine eigenartige Erkrankung der Nerven: die Markscheide zum grössten Theil geschwunden, die Axencylinder varicoes entartet, die Kerne der Schwann'schen Scheide mit gelbkörnigem Pigment bedeckt, zahlreiche theils lymphoide theils grössere Protoplasmazellen mit gelblich körnigem Inhalt um die Gefässe, an der Innenfläche des Endoneuriums, zwischen den Nervenbündeln und der gemeinschaftlichen Scheide. Die Erkrankung wurde dort am intensivsten gefunden wo sich die Nerven in die Muskeln einsenkten und liess sich bis in die feinsten Muskelzweige verfolgen, während sie nach oben zu abnahm. Im Rückenmark konnten keine atrophischen Vorgänge nachgewiesen werden, die Ganglien erschienen nur etwas glasig und gequollen. — Aus dem angeführten ergibt sich, dass die *multiple degenerative Neuritis* als ein eigenartiger Krankheitsprocess angesehen werden muss, welcher hauptsächlich die motorischen Nerven und zwar mit Vorliebe die Umschlagsstellen der N. radial- und peronaei befällt. Die acut oder subacut auftretende Entzündung führt zur Atrophie der Muskeln und kann auch das Rückenmark in Mitleidenschaft ziehen. Die Symptome bestehen in motorischer Lähmung entsprechend der Verbreitung des Processes, Schmerzen in den afficirten Extremitäten, Formicationsgefühl, Anästhesie gewissen Grades. Die motorischen Symptome, die elektrische Erregbarkeit und die trophischen Störungen sind dieselben wie wir sie für die traumatischen peripheren Lähmungen kennen. Mit der Entwicklung der Neuritis ist oft Fieber verbunden, das Allgemeinbefinden ist gestört. In der ersten Periode hat die Krankheit das Bestreben sich auszubreiten und kann, wenn der n. phrenicus und vagus ergriffen wird, das Leben bedrohen. In der zweiten Periode entwickeln sich die Symptome nach Art peripherer Lähmungen und ist die Prognose nicht ungünstig. Was die Therapie betrifft, so wurde für das Initialstadium Natr. salicyl. oder Acid. salicyl. empfohlen sowie Narcotica. Die weitere Behandlung wird in Schonung der Muskeln bestehen und vorsichtiger Anwendung der Electricität. Ein roborirendes Verfahren, Massage und warme Bäder werden die Cur unterstützen. Eickholt (Merzig).

---

326) **Carl Laufenauer**: Weitere Beiträge zur pathologischen Anatomie der Epilepsie und der epileptischen Geistesstörung.

(Orvosi Hetilap. 1880. Januar 25. 69—73 Cap.)

Verf. der schon früher sich mit der fast ausschliesslich bei der Epilepsie vorkommenden Sclerose des Ammons-Horns beschäftigte, und früher auf Grundlage seiner path. anatomischen Befunde die Behauptung aufstellte, dass jener Process nicht secundär in die Erscheinung tritt, sondern als primärer Vorgang die epileptischen Anfälle direct auslöst, neigt sich jetzt mehr zur Ansicht von Hemkes, dass die Sclerose des Cornu Ammonis bloss eine Theilerscheinung eines ausgedehnten in der Corticalis ablaufenden, encephalitischen Processes sei.

Er fand nämlich öfters bei Befunden nach Obduction Epileptischer , dass zwischen dem Gewichte der Hemisphären Differenzen

von 100 Grammen sich ergaben, und die eine Hälfte atrophisch aussah.

Zunächst beschreibt er wieder zwei Fälle von Epilepsie mit Tobsucht, die in der Landes-Irrenanstalt durch 4 und 9 Monate behandelt worden und die während heftigen furibunden Attaquen starben.

Bei einem derselben, fand sich ausgedehnte Pachy- et leptomeningitis, mit einem circumscripten encephalitischen Heerde des linken Occipitallappens; Atrophie und Sclerose des Ammons-Horns. Der Unterschied zwischen rechten und linken Hemisphären-Theilen ergab

Frontallappen	rechts	238	Gramm
„	links	316	„
Parietallappen	rechts	131	„
„	links	126	„

Das Gesammtgewicht des Gehirnes betrug 1425 Gramm.

Bei dem zweiten, war nebst chronischer diffuser Entzündung der harten und weichen Hirnhäute, und Osteosclerosis des Schädelgewölbes an dem Lobulus parietalis der linken Hemisphäre, nahe zum Medial - Rande ein lederartig harter, hortensiafarbiger Schwund der hierher gehörigen Gyri zu sehen; der Sulcus interparietalis war von pergamentdicker, carfiolartiger knolliger Corticalsubstanz eingesäumt; dieserlei Herde reichten bis in die Marksubstanz hinein.

Während solche vergilbte Flecken in den linken Gyris, und Sulcis sowohl vorn als hinten zerstreut lagen, war die rechte Hemisphäre ganz intact. Das linke Ammonshorn ist atrophisch, sclerosirt, der Gyrus uncinatus knorpelhart. Gesammtes Hirngewicht 1265 Gramm.

Rechter	Frontallappen	207,	links	185	Gramm,
„	Parietallappen	117	„	70	„
„	Occipitallappen	205	„	147	„

Daraus folgert nun L. den Schluss, dass die Encephalitis corticalis eigentlich auf die eine Hemisphäre sich mehr — oder gar ausschliesslich — concentrirt, dass das Ammons-Horn sich immer damit gleichzeitig sclerosirt, atrophisch erweist und dass auf der gesunden Seite auch das Cornu Ammonis intact bleibt, so dass es sich mit Sicherheit annehmen lässt, da jener Theil doch auch Corticalsubstanz ist, dass die encephalitischen Processe beide zusammen gehören, wiewohl es ausser Zweifel steht, dass *das Ammons-Horn der Locus praedilectionis* ist.

L. beruft sich weiter darauf dass nach Meynert, Hemkes und seinen Befunden, mit Atrophie des Horns auch Verlust des Hirngewichtes sich verbindet, und beide Folgezustände jenes encephalitischen Processes der Hirnrinde sind, welche die Epilepsie verursachen und erzeugen, und nicht als Endresultate derselben aufzufassen sind.

Ladislaus Pollák (Grosswardein).

327) Hotzen (Bremen): **Zweifelhafter Geisteszustand; Alterniren körperlicher und geistiger Störungen, erbliche Belastung, Diebstähle.**
(Friedreichs Blätter f. ger. Med. XXXI.)

Der Commis H. St., welcher aus guter Familie stammt, hatte in 10 Tagen eine Reihe von Diebstählen begangen. Während der Voruntersuchung gerieth er in den Verdacht geistiger Störung.

Die Mutter hatte Asthma, Menstruationsanomalien und melancholische Verstimmung gehabt. Ein älterer Bruder wurde nach Absolvirung des Gymnasiums geisteskrank und ist jetzt blödsinnig. Eine Schwestertochter der Mutter ist geisteskrank; ein Brudersohn derselben starb jung an Epilepsie.

Inculpat hat sich körperlich und geistig langsam entwickelt. Er lernte erst spät sprechen. Die Geschlechtsreife trat spät ein. Noch jetzt, im Alter von 22 Jahren, bietet sein Wesen einen Zug von Kindlichkeit dar. Verkehr mit dem weiblichen Geschlechte wollte er aus Mangel an Trieben noch nicht gesucht haben. Er war immer verschlossen. In der Schule war ein Hang zu Albernheit und Spielerei getadelt worden. In der ersten Zeit seiner kaufmännischen Ausbildung war er in jeder Hinsicht lobenswerth. Im 17. Jahre bekam er Bronchialkatarrh und asthmatische Beschwerden. Nach denselben war er wie verwandelt, störrisch, aufgeregt und unverträglich, herrisch und hochmüthig. Später war er wieder ziemlich normal, dann wieder asthmatisch und darauf geistig verändert. Es steht fest, dass er zur Zeit der asthmatischen Anfälle geistig freier erschien. Neigungen zu Kopfcongestionen wurden wiederholentlich bemerkt. Hallucinationen wurden nicht wahrgenommen. Später wurden wieder nach asthmatischen Anfällen, Zornausbrüche, Neigung zu Widersetzlichkeit, zweckloses Umherschweifen und Selbstüberschätzung beobachtet. In den letzten 2 Jahren vor den incriminirten Handlungen verrichtete er im Comptoir eines grossen Handelshauses seine nicht leichten Arbeiten in höchst zufriedenstellender Weise. Während dieser Zeit wurde etwa alle 8 Tage ein kurzer Anfall fieberhafter Unruhe mit Unfähigkeit zur Arbeit, anscheinender Bewusstlosigkeit mit nachfolgendem Erinnerungsverlust für die Zeit des Anfalls Congestionen zum Kopfe beobachtet. —

Er ist ziemlich kräftig und regelmässig gebaut. Nur kreuzen sich die obern und unteren Zahnreihe und ist die Gaumenwölbung hoch und schmal. Im Gespräche irrt der Blick beständig seitwärts ab.

Innerhalb von 10 Tagen beging er in 2 Reitbahnen 4 verschiedene Diebstähle. Er stahl Reitutensilien, die er sich damals gerade anschaffen wollte. Bei dem Versuche, einen fünften zu begehen wurde er ertappt. Er verfuhr wenig vorsichtig und überlegt. Bei seiner Ergreifung gestand er ohne alle Umstände. Er habe sich die Handlungen nicht lange überlegt, sondern seine Gedanken rasch zur That werden lassen. Er erinnerte sich aller Einzelheiten genau. Er habe wohl gewusst, dass er Unrecht thue, habe der Sache aber kein grosses Gewicht beigelegt. — Eine Veränderung seines Wesens in dieser Zeit war seinen Geschäfts-Collegen nicht

aufgefallen; seine Familie wollte wieder die frühere Aufregung und Ruhelosigkeit bemerkt haben.

Gutachten: Explorat hat durch Vererbung seitens seiner Mutter eine Prädisposition zu psychischer Erkrankung überkommen und zu verschiedenen Zeiten Merkmale von Geistesstörung dargeboten, wie sie den erblich Belasteten eigenthümlich sind: Degenerative Bildung des Gesichtsskeletts, periodischer Wechsel des Befindens und Benehmens. In letzterer Beziehung treten nach einander auf: Aufregung — leibliche und geistige Erschlaffung — mittlere Stimmung. Während der letzten Periode erleidet er asthmatische Anfälle. Dieser wiederholt beobachtete Wechsel characterisirt die Folgen des Krankheitszustandes als eine Art Folie circulaire; in Bezug auf das Gebiet der krankhaften Handlungen muss man ihn zur Folie raisonnante stellen.

Die für erblich Geisteskranke characteristische Weise des Irrehandelns ist das impulsive Handeln, sind Thaten bei denen der Antrieb nicht oder kaum durch Bewusstsein und Reflexion hindurchgeht. Ohne diesen Durchgang ist aber die freie Willensbestimmung nicht möglich. Wenn nun auch die incriminirten Handlungen scheinbar keine wesentliche Störung der Willensfreiheit erkennen lassen, so spreche doch die Rücksicht auf das frühere Verhalten des Inculpaten zum Mindesten dafür, dass an seiner freien Willensbestimmung gezweifelt werden dürfe.

Auf dieses Gutachten wurde Explorat freigesprochen.

Hauptmann (Gleiwitz.)

---

328) **Hotzen** (Bremen): Diebstähle einer Melancholischen.
(Friedreichs Bl. f. ger. Med. XXXI.)

Die 24 Jahre alte Inculpatin ist die Tochter geachteter und anerkannt rechtlicher Eltern. Die Mutter ihres Vaters soll in den letzten Lebensjahren zur Melancholie geneigt haben; der Vater der Mutter soll sich in Geistesstörung erschossen haben. Sie hatte in der Pubertätszeit Blutandrang zum Kopfe und Schwindel. Anfang der Zwanziger trug sie sich mit Unglücksahnungen. In der 2. Hälfte der Schwangerschaft zeigte sie deutliche melancholische Verstimmung und machte einen Selbstmordversuch. Nach der Entbindung dauerte der Trübsinn fort. Angstanfälle trieben sie Nachts aus dem Bett. Ausserdem sind aus dieser Zeit Kopfschmerz und habituelle Stuhlverstopfung zu erwähnen. Einige Wochen nach der Entbindung erlitt sie einen Blutsturz und hatte noch einige Zeit nachher Blutspeien. Etwa 4 Monate nach der Entbindung beging sie bei einem benachbarten Händler eine Reihe kleiner Diebstähle, bei denen sie scheinbar mit planvoller Berechnung verfuhr. Sie nahm nachdem sie die Verkäuferin in geschickter Weise aus dem Laden entfernt hatte, Geld aus der Ladenkasse, Kaffe, Butter, Käse. Bei einem spätern Diebstahl von dem versteckten Besitzer ertappt, gestand sie Alles, bat um Nachsicht und versprach Besserung. Später leugnete sie wieder Alles; so auch bei der ärztlichen Untersuchung. Bei letzterer zeigte sie sich mit leichtem Verfolgungswahn behaftet. Sie meinte von der Familie des Nachbars beständig beo-

bachtet zu sein, verhängte die Fenster, war schreckhaft, erwartete ein drohendes Unheil und erschien beständig von schreckhaften Vorstellungen bewegt.

Mit dem Beweise, dass eine krankhafte Gemüthsverstimmung vorliege, hält der Verfasser des Gutachtens seine Aufgabe noch nicht gelöst. Es handelt sich darum, ob die Störung so gross war, dass die freie Willensbestimmung dadurch aufgehoben wurde. Wahnvorstellungen bestanden nicht. Die incriminirten Handlungen konnten also nicht in Folge von Zwangsvorstellungen begangen worden sein. Auch als Raptus melancholicus sind sie nicht aufzufassen. Die Diebstähle Schwangerer (und Säugender) hält der Verfasser für Analoga der krankhaften Gelüste Schwangerer. Aber auch in diese Kategorie scheinen ihm die vorliegenden Diebstähle nicht gezählt werden zu dürfen, weil sie Befriedigung von Bedürfnissen zum Zweck hatten. Er kommt zu dem Schlusse, dass durch eine, schon längere Zeit anhaltende krankhafte Gemüthsstimmung die freie Willensbestimmung der Exploratin wenn auch nicht gänzlich aufgehoben, so doch bald mehr bald weniger beeinträchtigt sei, wenn sich auch für die Zeit der incriminirten Handlungen und resp. für letztere selbst keine Merkmale des Ausschlusses der freien Willensbestimmung ergeben haben.

Unter Annahme mildernder Umstände wurde Explorata zu einer mässigen Gefängnissstrafe verurtheilt.

Hauptmann (Gleiwitz.)

II. Verschiedene Mittheilungen.

329) Aus Cassel. Der Regierungsbezirk Cassel besitzt 7 Krankenhäuser, darin wurden im Jahre 1879 verpflegt:

In Bettenhausen . . .	2674	Kranke,
„ Fulda	1271	„
„ Hanau	965	„
„ Hersfeld	478	„
„ Eschwege	467	„
„ Schmalkalden . . .	149	„
„ Rinteln	138	„
	6042	Kranke.

Die Gesammtkosten beliefen sich auf 154,364 M., von denen 41,913 M. den Krankenanstalten zurückbezahlt wurden. Das Uebrige musste von dem Kommunalverband gedeckt werden. Die Kosten eines Verpflegungstages berechnen sich *ohne* die Verwaltungskosten auf 0,94 – 1,33 M. und mit Verwaltungskosten auf 1,75 – 2,33 M., es belaufen sich die letzteren also auf 43 —46 Prozent der Gesammtkosten

In den drei Irrenanstalten wurden in Kloster Haina 435 Männer, in Merxhausen 328 Frauen und in der Irrenheilanstalt zu Marburg 322 Patienten beiderlei Geschlechts verpflegt, im Ganzen also 1085 Geisteskranke. Der Kostenbetrag eines Verpflegungstages stellte sich zwischen 0,66—1,46 M. ohne

die Verwaltungskosten, und auf 0,82—2,41 M. mit denselben, das wären 19,5—35 Proz. der Gesammtkosten. Die Gesammtkosten der Verpflegung betrugen 261,759 M., davon wurden 109,069 M. zurückerstattet, so dass die kommunalständische Kasse 152,690 M. zuschiessen musste.

Die Räumlichkeiten reichen nicht aus zur Aufnahme aller für unheilbar erklärten Geisteskranken in unserm Regierungsbezirk, im Augenblick sind noch über 70 geisteskranke Frauen angemeldet, die nicht aufgenommen werden können und in ihren Familien bleiben müssen, bis in der Anstalt zu Merxhausen durch den Tod Plätze frei werden. Die kommunalständische Verwaltung ist jedoch damit beschäftigt, die beiden Verpflegungsanstalten für unheilbare Geisteskranke in Merxhausen und Kloster Haina zu vergrössern, so dass jede 600 Pfleglinge aufnehmen kann und in 3 Jahren hofft man mit dieser Erweiterung fertig zu sein.

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Merzig, Assistenzarzt; freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 Mark. 2) Andernach, Provinc.-Irren-Anstalt, Volontairarzt (Preusse), 600 Mark freie Station. 3) Halle a. Saale, Volontärarzt, 1050 M. fr. Station. 4) Owinsk (Posen) Assistenzarzt, 2000 M.; freie Wohnung, Wäsche, Heizung und Beleuchtung, unverheirathet Bedingung. 5) Hildburghausen, Assistenzarzt 1750 M. bei fr. Stat. 6) Provinc.-Irrenanstalt Hildesheim, Hilfsarztstelle, 900 M., fr. Stat. 7) Leubus, Volontairarzt, sofort, 1050 M., fr. Stat. 8) Marsberg, a. Volontairarzt sofort, 600 M., freie Station; b. Assistenzarzt, 1. März 1881, 1200 M., freie Station, für Beide Bedingung: kath. Confession. Meldungen bei dem Director Dr. Koster. 9) Uckermünde in Pommern, Assistenzarzt, unverheirathet, sofort. 1000 M. und freie Station. 10) Marienthal bei Münster i. W., Volontairarzt, 600 M., fr. Stat. 11) Stephansfeld (Elsass), Assistenzarzt, 1. Febr. 1881 1200 M., fr. Stat. 12) Wehnen (Oldenburg) Assistenzarzt. 13) Klingenmünster (bayr. Pfalz), Hülfsarzt, 1000 M., fr. Stat. I. Classe. 14) Sorau (brandenb. Landes-Irrenanstalt) Volontairarzt, sofort, 450 + 600 M. freie Sation. 15) Göppingen (Dr. Landerer), Assistenzarzt, 1500 Mark freie Stat. 16) Grafenberg (Düsseldorf), a. II. Arzt und stellvertr. Director; b. Volontairarzt, sofort; 600 M., freie Station. 17) Pankow bei Berlin (Mendel'sche Anstalt) III. Arzt. 18) Schussenried (Württemberg), Assistenzarzt, 1600 Mark, völlig fr. Station 19) Bonn (Privatanstalt des Dr. Hertz) Hülfsarzt, Dr. promotus, Ende dieses Jahres, 2400 M., vollständig freie Station. 20) Alt-Scherbitz (Halle-Leipzig) Volontairarzt, 1. Jan. 1881; 1200 M., vollständig freie Station. 21) Regierungs- und Medicinalrath in Oppeln. 22) Nassau (Kaltwasserheilanstalt), Assistenzarzt; 1. April 1881; 1500 M., u. fr. Station, psychiatr. Vorbildung, Interesse für Hydrotherapie 23) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Creuzburg (Oppeln), Erkelenz (Aachen), Galdop (Gumbinnen), Hanau (Kassel), Hoya (Hannover), Hünfeld (Kassel), Krossen (Frankfurt a. O.), Labiau (Königsberg), Lötzen (Gumbinnen), Minden (Minden), Osterode (Königsberg), Sensburg (Gumbinnen), Schönau (Liegnitz), Stuhm (Marienwerder), Warburg i. W. (Minden), Wehlau (Königsberg), Zeitz (Merseburg).

Besetze Stelle. Elgersburg: Director Dr. Pelizaeus aus Nassau.

Todesfälle: Kreisphys. San.-Rath Dr. Schreiber in Minden; Kreisphys. San. Rath Dr. Damm in Warburg i. W.

Inhalts-Verzeichniss

Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten.

Coblenz, Druck von Ph. Werle.

